UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA TORSION
DES FIBROMES UTÉRINS
SOUS-SÉREUX ET INTERSTITIELS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Joseph LEMELAND

Ancien Interne Lauréat (Médaille d'argent) des Hôpitaux et de la Maternité de Paris

---

Président : M. Paul BAR, *professeur.*

Juges : MM. QUENU, *professeur.*
RIBEMONT-DESSAIGNES.
FAURE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement Médical.

PARIS
H. CHACORNAC et M. DOUTAUT, Éditeurs
9, Rue de l'Éperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchement	PINARD, BAR, RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY.	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BALTHAZARD	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRANCA	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BESANÇON Fern.	GOSSET	LŒPER	RENON
BRINDEAU	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BROCA André	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
BRUMPT	JEANSELME	MARION	SICARD
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CASTAIGNE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	
CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CAMPENON

Professeur agrégé de la Faculté
Chirurgien honoraire des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de grande reconnaissance
et de profonde affection

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

Professeur de Clinique Obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR ALEX. RENAULT
Médecin de l'hôpital Cochin — 1900-1901

MONSIEUR LE DOCTEUR HIRTZ
Médecin de l'hôpital Necker — 1901-1902
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMPENON
Chirurgien honoraire des Hôpitaux — 1902-1903
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES RENAULT
Médecin de l'hôpital Andral
Chevalier de la Légion d'Honneur — 1903-1904

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRY
Médecin de l'hôpital St-Antoine

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAYGRIER
Accoucheur en chef à la Maternité — 1904-1905
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAYGRIER — 1905-1906
Accoucheur en chef à la Maternité — 1909
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMPENON — 1906-1907
Chirurgien honoraire des Hôpitaux — 1907-1908
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ
Chirurgien de l'hôpital Cochin — 1908-1909
Chevalier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BEURNIER	*Chirurgien de l'Hôpital St-Louis.* *Officier de la Légion d'Honneur.*
AUVRAY	*Professeur agrégé de la Faculté.* *Chirurgien de la Maison Nationale de Santé.*
WIART	*Chirurgien des Hôpitaux.*
RICHE P.	*Chirurgien de Bicêtre.*
CHEVRIER	*Chirurgien des Hôpitaux.*
TISSIER	*Accoucheur de la Charité.* *Chevalier de la Légion d'Honneur.*
BRINDEAU	*Professeur agrégé.* *Accoucheur des Hôpitaux.*
RUDAUX	*Accoucheur des Hôpitaux.*
MACÉ	*Accoucheur des Hôpitaux.*
JEANNIN	*Professeur agrégé.* *Accoucheur des Hôpitaux.*
CATHALA	*Accoucheur des Hôpitaux.*
CARNOT	*Professeur agrégé.* *Médecin des Hôpitaux.*
L.FOURNIER	*Médecin des Hôpitaux.*
SERGENT	*Médecin des Hôpitaux.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE ROUEN

MESSIEURS LES DOCTEURS BATAILLE ET DUMONT

A MES MAITRES ET AMIS

LES DOCTEURS SALOMON, ALEXANDRE, PIQUAND

INTRODUCTION

En 1905 dans le service de notre maître Campenon à la Charité nous fûmes témoins d'un fait de torsion de fibrôme qui nous frappa tout particulièrement : difficultés du diagnostic, marche insidieuse, opération hâtive que rien ne nous semblait justifier, accidents opératoires, tout concourait à nous étonner.

Peu de temps après, un second fait observé avec notre ami Piquand a attiré de nouveau notre attention sur ce chapitre de gynécologie.

Les lectures et les recherches que nous eûmes occasion de faire à propos de ces faits nous ont portés à penser qu'il y aurait intérêt à réunir et analyser dans un travail d'ensemble les observations plus ou moins disséminées jusqu'à ce jour dans la science. C'est ce travail d'ensemble que nous présentons aujourd'hui, reposant sur 164 observations dont 7 absolument inédites.

Nous ne chercherons pas seulement à les classer méthodiquement, mais nous nous efforcerons, à côté des faits connus et acquis, de mettre en lumière des points jusqu'ici inconnus ou négligés : c'est ainsi que nous insisterons spécialement sur

La Pathogénie,

L'Anatomie histologique de la tumeur et du pédicule (6 pièces).

L'Etude clinique,

Les Indications opératoires.

Deux grands types cliniques dominent la scène.

Torsion de fibrôme en dehors de la grossesse.
Torsion de fibrôme avec utérus gravide.

Nous insisterons peu sur ce dernier groupe malgré tout l'intérêt qu'il présente : il a été en effet étudié d'une façon remarquable par Lepage et Mouchotte et dans la thèse de Blanchard ; nous nous contenterons d'y apporter l'appoint de quelques observations nouvelles.

Ce sont donc les fibrômes à pédicule tordu en dehors de la grossesse que nous étudierons spécialement et qui feront réellement le sujet de notre mémoire.

Du consensus général de tous les auteurs il convient d'en distinguer deux formes, suivant qu'il s'agit : d'une torsion pédiculaire proprement dite (pédicule fibro-utérin) ou d'une torsion aux dépens de l'utérus lui-même (pédicule utérin).

Mais si ces formes sont nettement distinctes au point de vue macroscopique, si elles peuvent différer au point de vue manuel opératoire, elles restent intimement confondues sur le terrain de la clinique proprement dit.

Ainsi s'explique que dans notre travail nous aurons tour à tour à les étudier isolément ou à les fusionner dans une même description.

Ces remarques une fois faites, disons que notre travail se divisera en 8 chapitres :

Historique,
Etiologie-Pathogénie,
Anatomie pathologique,
Symptômes,
Diagnostic,
Pronostic,
Traitement,
Observations.

Qu'il nous soit permis avant d'aborder cette étude d'exprimer toute notre reconnaissance à Monsieur le Professeur

QUENU pour la grande bienveillance qu'il nous a témoignée et l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition des observations inédites. Nous tenons également à remercier Monsieur le Professeur agrégé J. L. FAURE pour le bienveillant accueil qu'il nous a réservé dans son service pendant notre séjour à l'hôpital Cochin.

Que notre ami le Docteur PILLET, de Rouen, veuille bien agréer nos remerciements pour la gracieuseté avec laquelle il nous a abandonné l'usage d'une observation inédite et d'une pièce intéressante.

Ce nous est enfin un devoir d'adresser un souvenir ému au regretté Professeur CORNIL qui a bien voulu vérifier et argumenter toutes les recherches histo-pathologiques que nous avons entreprises au début de notre travail.

A MES MAITRES

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR ALEX. RENAULT
Médecin de l'hôpital Cochin — 1900-1901

MONSIEUR LE DOCTEUR HIRTZ
Médecin de l'hôpital Necker — 1901-1902
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMPENON
Chirurgien honoraire des Hôpitaux — 1902-1903
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES RENAULT
Médecin de l'hôpital Andral
Chevalier de la Légion d'Honneur — 1903-1904

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRY
Médecin de l'hôpital St-Antoine

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAYGRIER
Accoucheur en chef à la Maternité — 1904-1905
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAYGRIER
Accoucheur en chef à la Maternité — 1905-1906, 1909
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMPENON
Chirurgien honoraire des Hôpitaux — 1906-1907, 1907-1908
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ
Chirurgien de l'hôpital Cochin — 1908-1909
Chevalier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

question, le premier en date, il est dû à Vercoutre (*Mémoires de méd.-chirurgie et pharmacie militaires*. T. XXXV, 1879). Cet auteur, dans son mémoire sur les torsions des organes et des néoplasmes de l'abdomen, rapporte 3 cas de torsions pédiculaires de fibrômes sous-séreux, le cas de Cappie précédemment signalé et 2 autres inédits : l'un de Koeberle, l'autre personnel.

Les observations se succèdent ensuite assez nombreuses, et successivement Schroeder, Skutsch, Fridel Pick, Imbert, rapportent de nouveaux exemples de ces torsions.

En 1888, Terrillon (*Soc. de chir.* 1888, p. 626) étudiant la torsion des kystes de l'ovaire aborde à son tour la question de la torsion des fibrômes utérins et conclut que le plus souvent l'évolution en est bénigne.

En 1890 Routier (Ann. de gynécologie 1890, p. 161) montre que ces torsions peuvent survenir au cours de la grossesse.

En 1891, Timmers (thèse de Leyden) dans sa thèse inaugurale rapporte deux nouvelles observations.

En 1893, Gunther (thèse d'Iéna 1893), dans sa thèse, nous fournit 3 cas nouveaux : 1 personnel et 2 autres dus à Van Iterson et à Fritsch.

La même année Heurteaux rapporte un cas personnel mieux étudié au point de vue clinique. C'est un cas de torsion par poussées successives (Gaz. méd. de Nantes 1893).

Trois ans plus tard, 1896, Schwartz et Mermet (Société anatomique juin-décembre 1896) communiquent à la Société d'anatomie un cas accompagné pour la première fois d'un examen histologique très complet et peu de temps après, Delaunay et Pilliet apportent à la même société une pièce provenant du service de Péan avec également un bon examen histologique.

La thèse de Macé (Paris 1897) ne fait que rapporter quelques-unes des observations précédentes sans rien y ajouter, mais quelques mois après, la thèse de Planque nous apporte deux observations inédites : l'une de Péan,

l'autre de Walther et Bouisson avec quelques considérations anatomiques et cliniques sur la question.

En 1898 Schultze (Zeitschrift fur Geb. und Gynaek. 1898, t. XXXVIII, p. 157) publie un important mémoire sur les torsions de l'utérus. Il réunit 23 cas dans lesquels cette torsion est due à la présence de fibrômes.

Presque en même temps paraissent les Revues générales de Catalani-Wilson-Frommel et de nouvelles observations, les unes de Kreutzmann et Johannowski relatives à des torsions d'utérus fibromateux, les autres de Guillot et de Luys qui ont trait à des torsions pédiculaires.

En 1899, Ersilio Ferroni (Annali di ostetricia e Ginecologia 1899, p. 342) dans un excellent mémoire à propos de deux observations personnelles étudie avec soin les causes anatomiques qui favorisent la torsion des fibromes. Presque en même temps, paraissent les Revues générales de Winter et de Micheli.

En 1900, Schwartz présente à la Société d'Osbtétrique un nouveau cas de torsion pédiculaire où, pour la première fois, le diagnostic avait été fait avant l'opération.

En 1901, Maygrier rapporte à la même Société un cas de torsion au cours de la grossesse dans lequel la tumeur put être enlevée sans déterminer l'avortement.

En 1903, Ribemont-Dessaignes et Grosse rapportent une observation analogue et Bernard, reprenant dans sa thèse l'étude de ces torsions, en signale 3 nouveaux cas.

En 1905, Boursier, au Congrès de Chirurgie, communique 2 nouvelles observations et en tire d'importantes déductions cliniques et thérapeutiques.

En 1906, Lepage et Mouchotte (Ann. de Gynéc. et d'Obs. février 1906), dans un mémoire très documenté reprennent l'étude de ces torsions au cours de la grossesse.

En 1907, Berniolle consacre sa thèse à l'étude de la torsion du pédicule et des fibrômes sous-séreux (thèse de Paris) et Bas (thèse d'Iéna) étudie la torsion des fibrômes et de l'utérus fibrômateux.

Kutsner, Meyer, Olshausen consacrent plusieurs articles à la question dans la Gynécologie de Veit. Enfin, en 1908, Bérard rapporte à la Société de chirurgie de Lyon un nouveau cas de torsion de fibrôme au cours de la grossesse, et Girod (th. de Paris), étudiant la torsion de l'utérus sous l'influence des tumeurs pelviennes, rapporte de nombreux cas de torsions d'utérus fibrômateux dans une thèse extrêmement documentée.

ÉTIOLOGIE -- PATHOGÉNIE

La torsion des fibrômes sous-séreux de l'utérus peut se produire dans deux conditions différentes, comme nous l'a déjà montré l'historique précédent.

1° Au cours de son développement, le fibrôme s'isole en quelque sorte de l'utérus et reste uni à cet organe par un pédicule de soutien et de nutrition, pédicule fibro-utérin, c'est sur ce pédicule que portera la torsion.

2° Le fibrôme garde sur l'utérus une large base d'implantation. Au cours de son développement dans l'abdomen, il entraîne l'utérus. Celui-ci, fixé à sa partie inférieure, s'allonge, s'étire au niveau de sa partie moyenne, constituant ainsi un pédicule de dimensions variables à la tumeur. La torsion portera dans ce cas sur ce pédicule utérin constitué par l'utérus lui-même ; c'est ce que nous désignerons sous le nom de : torsion du pédicule utérin, ou torsion axiale de l'utérus

Ces deux formes présentent un grand nombre de points communs et sont confondues par la plupart des auteurs. Néanmoins, elles méritent d'être séparées car elles présentent, comme nous le verrons, des distinctions notables.

I. — *Torsion des Pédicules fibro-utérins.* — 1° Fréquence. — La fréquence des pédicules fibro-utérins est difficile à établir. Les auteurs sont absolument muets à ce sujet, ou considèrent cet accident comme une complication exceptionnelle. Nous avons examiné, à ce sujet, plusieurs statistiques des services hospitaliers, mais elles ne nous don-

nent que des chiffres trompeurs et des proportions vraiment formidables si l'on tient compte que dans d'autres statistiques aucun cas n'en est signalé.

Dans une statistique faite par Piquand en vue d'un autre travail et portant sur 9.000 cas de fibrômes, la torsion est signalée 23 fois, soit environ 1 cas de torsion sur 391 cas de fibrômes.

Il en résulte que la torsion des myomes est beaucoup moins fréquente que celle des kystes de l'ovaire. Cela s'explique aisément :

Il suffit, en effet, de se rappeler que tandis que le kyste de l'ovaire est, par sa nature même, muni d'un pédicule constant (1), dont le volume seul varie, le fibrôme au contraire, tout d'abord inclus dans l'utérus, ne s'en isole que laborieusement (si on veut me permettre ce mot), reste longtemps largement sessile, et n'est qu'exceptionnellement pédiculé.

On ne saurait donc opposer la fréquence de torsion de l'un, kyste de l'ovaire, prédisposé par son évolution, à l'autre, fibrôme, qui n'est qu'exceptionnellement plus ou moins détaché de son lieu d'origine.

D'autre part, les lectures attentives des observations prouvent qu'un fibrôme pédiculé obéit volontiers aux lois de la pesanteur. Il tombe dans le cul-de-sac de Douglas.

Ce n'est presque qu'exceptionnellement qu'il reste flottant dans la cavité abdominale au-dessus de l'utérus, apte alors seulement à subir les influences que nous allons nous efforcer de mettre en lumière.

Ainsi donc, nous tenons à le répéter, on ne peut établir de comparaison de fréquence entre la torsion du kyste à pédicule net, à évolution abdominale ascendante, avec celle du fibrôme rarement pédiculé et plus rarement à tendance ascendante.

(1) Nous laissons volontairement de côté les kystes parovariques inclus dans le ligament large.

Quant aux causes mêmes de la torsion, elles sont assez mal connues.

Nous les distinguerons en deux grandes classes : 1° les causes prédisposantes ; 2° les causes déterminantes.

Causes Prédisposantes. — Les causes prédisposantes résultent des caractères de la tumeur comme nous le montre la plupart des faits rapportés.

Aussi, n'est-ce pas à une simple conception que nous obéirons en écrivant ce chapitre. C'est à la lecture attentive des observations qui nous donne en réalité presque un chapitre d'anatomie pathologique.

Nous aurons à examiner ici successivement : 1° Le pédicule étudié en lui-même ; 2° le siège de son implantation sur l'utérus. 3° le volume du fibrôme ; 4° la forme du fibrôme ; 5° le siège de l'implantation du pédicule sur le fibrôme.

1° *Le pédicule étudié en lui-même.* — Les caractères du pédicule jouent dans les faits qui nous occupent un rôle primordial, et parmi ces caractères, les dimensions du pédicule semblent de la plus haute importance.

Plus le pédicule sera long, mince et souple, plus la torsion sera facile.

Ce fait, évident à priori, est confirmé par les observations et nous trouvons, par ordre croissant, les longueurs suivantes :

Plusieurs centimètres sans mesure plus précise : Courty, Gambrie, Martin, Imbert-Tédenat ; 3 cent : Vercoutre, Lejonne-Milanoff, Walther, Steinbuckel ; 4 cent. 5 : Timmers, Kelly ; 5 cent. : Péterson, Piquand ; 6 cent. : Heurteaux ; 7 cent. 1/2 : Martin-Christoffer ; 10 cent. : Pollosson, Durand.

Ces pédicules longs sont généralement grêles et les observations nous apportent les comparaisons suivantes :

Grosseur du petit doigt : Cappie, Lejonne et Milanoff, Gunther, Schwartz, Walther, Wiart, David.

Volume d'un crayon : 1 cas de Schwartz ;

Volume d'une plume : 1 cas de Lamarre.

Ce ne sont pourtant pas là des conditions indispensables.

La torsion peut se produire avec des pédicules courts et épais, et même quelques observations nous montrent la torsion de fibrômes presque sessiles.

Tel est le cas de Campenon, que nous rapportons, où le pédicule qui avait 5 cent. de circonférence mesurait à peine 2 cent. de longueur.

Tels également les cas de Ferroni avec 3 cent. de diamètre et à peine 1 cent. de longueur, et de Quenu, avec moins d'un centimètre de longueur.

Des faits analogues sont signalés dans les observations de Schwartz, Péan, Boursier, Maygrier, Ribemont-Dessaignes et Grosse.

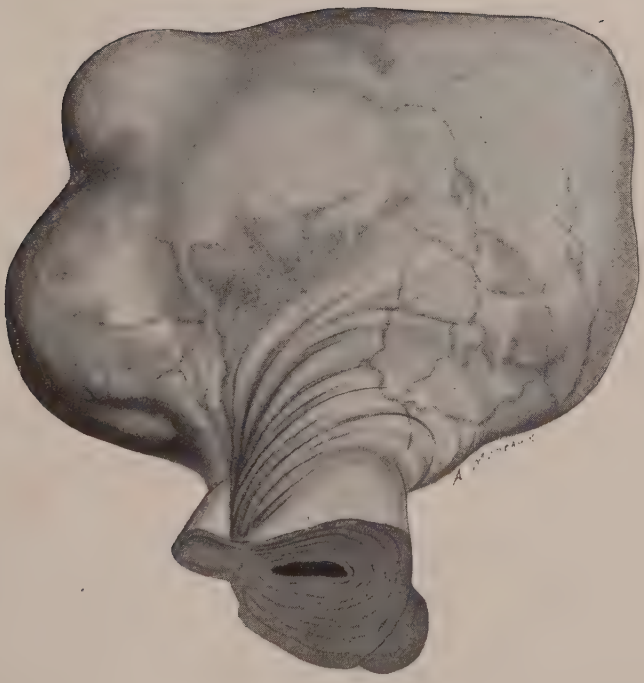
Si cette torsion d'un pédicule court et épais est possible, elle est néanmoins plus rare que dans le cas inverse et toujours peu prononcée. Elle n'atteint pas en général un tour complet.

Nous la voyons à peine marquée dans le cas de Ribemont-Dessaignes et Grosse. Elle ne dépasse pas 180° dans ceux de Campenon, Schwartz, Ferroni, Quenu.

Il est facile de comprendre que ces pédicules épais opposent une certaine résistance aux forces qui tendent à les tordre, et nous verrons plus loin qu'ils sont capables, après avoir subi un commencement de torsion, d'entraîner l'utérus à leur suite et d'en provoquer la torsion au niveau de son isthme.

Nous n'avons trouvé qu'un seul cas : celui de Schwartz et Ferry, dans lequel un pédicule court et épais eût subi une torsion de plus d'un tour ; la force déterminante avait dû être considérable, car l'utérus présentait également une torsion d'un demi-tour sur son axe.

2° *Siège de l'implantation du pédicule sur l'utérus.* — Si ces caractères propres du pédicule ont une grande influence pour la production de la torsion, la position de ce pédicule,



Torsion de 180° d'un pédicule court et épais attaché sur le fond de l'utérus.

Le fibrôme irrégulièrement bosselé présentait à sa surface de nombreux vaisseaux et des taches hémorragiques.

son point d'implantation sur l'utérus, joue également un rôle important.

Dans presque tous les cas de torsion, le pédicule s'implante sur la partie supérieure et latérale de l'utérus. Dans les cas que nous avons réunis, il s'insérait 36 fois sur l'angle gauche de l'utérus, 18 fois sur l'angle droit, 6 fois sur le fond (Timmers, Péan, Lamarre, Walter, Boursier, Schwartz), 2 fois sur les bords (Maygrier, Steinbuckel), et 2 fois seulement sur la face postérieure près d'un bord (Johannowski, David), soit au total 58 cas d'insertion latérale pour 6 d'insertion médiane.

Ce mode d'implantation latérale a pour effet de placer le fibrôme dans les mêmes conditions qu'un kyste de l'ovaire, c'est-à-dire en dehors du plan médian. Il devient ainsi plus accessible aux diverses causes déterminantes de la torsion que nous étudierons plus loin.

3° *Volume du fibrôme.* — D'après les classiques, une tumeur se tord d'autant plus facilement qu'elle est plus lourde et plus petite.

Si la première partie de cette proposition peut s'appliquer aux fibrômes, la deuxième paraît à leur égard le plus souvent inexacte.

La plupart des cas signalés se rapportent en effet à des tumeurs volumineuses.

Dans le cas de Wiart, le fibrôme a la grosseur d'une tête d'adulte.

Dans celui de Martin Christoffer, la tumeur a des dimensions d'un ballon de foot-ball ;

Dans le 1er cas de Campenon, il a la grosseur d'une tête de fétus à terme ;

Dans le 2e cas du même auteur, la tumeur a la grosseur d'une tête d'adulte ;

Dans le cas de Ferry-Schwartz, elle remplissait tout l'abdomen et pesait 3 k. 500 ; 6 livres et demie (cas de Homah) ; 3 kilos dans un des cas de Ferroni ; 3 kilos 350 (Routier) ; près de 5 kilos (Walther).

Le contraire a été également signalé.

Ribemont-Dessaignes et Grosse ont observé la torsion d'un fibrôme qui pesait à peine 500 gr.

La tumeur, à peine grosse comme le poing dans le cas de Delaunay, ne dépassait guère le volume d'une noix dans celui de Vercoutre.

Malgré ces derniers faits, il n'en reste pas moins que dans la grande majorité des cas, ce sont des fibrômes assez volumineux qui se tordent.

Mais il y a plus : la mobilité du fibrôme qui constitue une condition favorable à la torsion n'est pas indispensable à la production de cet accident. Nous avons déjà signalé plus haut les cas de torsion de tumeurs presque sessiles, jouissant donc de par la brièveté de leur pédicule d'une mobilité très limitée.

Mais quelle que soit la longueur du pédicule, il peut se faire qu'en réalité le fibrôme ne soit pas flottant. Il peut se trouver, si l'on peut dire, soit enclavé, soit calé, comme bloqué par une ou plusieurs tumeurs voisines.

Malgré ces dispositions anatomiques, certains de ces fibrômes ont pu subir la torsion. Telle est l'observation de Quenu que nous rapportons. Dans ce cas, la torsion avait porté sur un fibrôme presque complètement immobilisé par son emboîtement sur une autre tumeur.

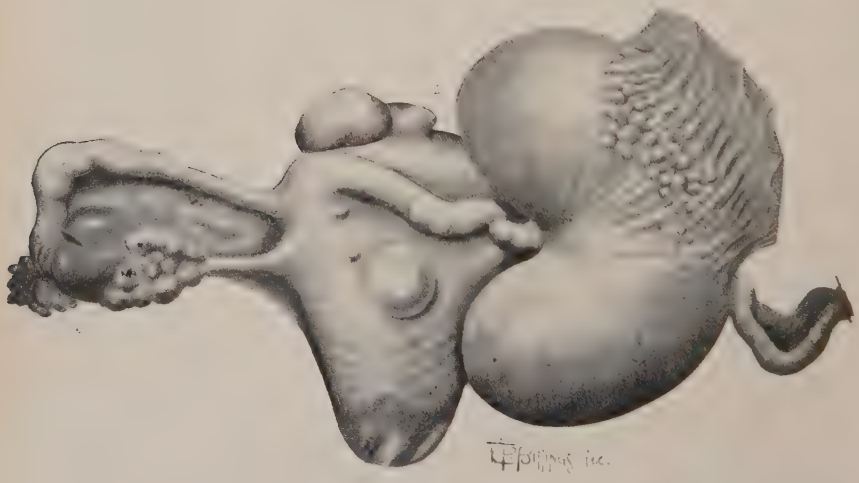
4° *Forme du fibrôme.* — La forme du fibrôme n'est pas sans influence sur la production de la torsion et, à ce point de vue, nous distinguerons deux variétés de tumeurs : les fibrômes lisses, les fibrômes irréguliers.

Fibrômes lisses. — Les premiers sont de beaucoup les plus fréquents. En général, il s'agit de tumeurs lisses, régulières, présentant ou bien la forme d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure, ou bien et surtout celle d'un ovoïde à grand axe transversal et à grosse extrémité gauche. C'est cette disposition qui est signalée dans vingt des observations que nous avons consultées.

Assez souvent aussi, le fibrôme présente la forme d'un

Torsion du pédicule d'un volumineux fibrome réniforme.

Le pédicule très court a été allongé sur la figure pour permettre de voir plusieurs fibromes interstitiels et sous-séreux dont la présence semble avoir été la cause de la torsion. — On remarquera l'insertion nettement latérale du pédicule sur le fibrome et sur l'utérus.



Fibrome réniforme avec torsion verticale d'un long pédicule inséré sur la face postérieure de la corne gauche de l'utérus.
(D'après Peterson.)

rein avec une face supérieure convexe libre, et une face inférieure concave, moulée en quelque sorte sur la convexité de l'utérus auquel la rattache un pédicule généralement court.

Cette disposition, plus encore que la précédente, favorise les mouvements de torsion. C'est elle que l'on rencontre dans les cas de torsion de pédicules courts et épais ; elle est signalée dans un de nos cas, et a été observée par Schwartz, Péan et Delaunay, Wiart, Ferroni, Ribemont-Dessaignes et Grosse, Ferrand et Péterson.

Fibrômes irréguliers. — La torsion se produit rarement sur des fibrômes irréguliers. Cependant, le fait a été signalé dans quelques observations. Dans certains cas même, il semble que ce soit une des saillies qui, comprimée et poussée par les viscères voisins, ait déterminé la torsion.

5° *Siège de l'implantation du pédicule sur le fibrôme.* — Quelle que soit la forme du fibrôme, quel que soit son volume, il est un fait très important et que nous avons à dessein gardé pour la fin de l'étude des causes prédisposantes, c'est le siège de l'implantation du pédicule sur le fibrôme.

Ce siège est d'ailleurs assez régulier. Dans les fibrômes de forme ovoïde, le pédicule s'insère toujours sur un des bords ou sur la petite extrémité. Dans les tumeurs réniformes, l'insertion se fait sur la face concave.

Quelle que soit la forme du fibrôme, s'il est régulier et lisse, le pédicule ne s'insère jamais au milieu, mais toujours en un point plus rapproché d'une des extrémités de la tumeur.

L'importance de cette disposition ne saurait passer inaperçue. La torsion se fait toujours autour d'un axe passant par le point d'implantation du pédicule. Si cet axe divise le fibrôme en deux parties inégales, la plus volumineuse constitue une sorte de bras de levier qui fait tourner tout le système et sur lequel agissent facilement toutes les forces susceptibles de déterminer la torsion.

On peut d'ailleurs constater que, dans presque tous les cas où cette disposition existe, lorsque le fibrôme est détordu et remis en place, la partie la plus *saillante* est tournée en arrière et à gauche. Cette disposition est donc celle qui facilite le mieux la torsion dans le sens habituel, soit de gauche à droite.

Cela est en général bien marqué pour les fibrômes ovoïdes à grand axe transversal et pour les fibrômes réniformes ; nous l'avons rencontrée nettement dans 2 de nos cas, elle est signalée également par Koeberle, Péan-Delaunay, Duhrssen, Schwartz, Boursier et Ferrand.

Toutes ces petites particularités de formes de fibrômes, de dispositions de pédicules peuvent paraître insignifiantes au premier abord. Elles nous paraissent cependant avoir une grande importance pathogénique, elles nous semblent expliquer pourquoi certains fibrômes pédiculés se tordent alors que la plupart restent dans la position normale, bien qu'ils soient soumis aux mêmes forces susceptibles de déterminer la torsion. Nous retiendrons donc, *comme causes prédisposantes de la torsion* :

La longueur et la minceur du pédicule ;
L'insertion latérale du pédicule sur l'utérus ;
Le gros volume du fibrôme ;
La forme ovoïde et réniforme de la tumeur ;
L'insertion non centrale du pédicule sur la tumeur.

Causes déterminantes ou occasionnelles. — A ces causes, nous serions tentés d'en ajouter une autre : la Grossesse. Mais si on en croit la plupart des auteurs, la grossesse jouerait un rôle primordial comme cause déterminante. Sous cette influence, en effet, l'utérus se développe et tend à franchir le détroit supérieur pour se loger dans la cavité abdominale. Le fibrôme qui lui est adhérent est entraîné dans ce mouvement d'ascension. Il tendrait à se placer à côté du globe utérin, soit en avant, soit en arrière, soit latéralement. Dans ces conditions, le pédicule s'allongerait, s'étirerait, s'infléchirait et finalement pourrait se tordre

sous l'influence des pressions qu'il supporte. Cette torsion serait d'autant plus facile que le fibrôme présentant une forme et un développement asymétriques supporterait des pressions inégales en ses différents points.

Le même accident se produirait lors de l'involution utérine.

Après la délivrance, il se produit une diminution brusque et considérable du volume de l'utérus. Celui-ci, peu à peu, rentre dans la cavité pelvienne. Le fibrôme ne se trouvant plus gêné ni comprimé, tendrait naturellement à se déplacer, et de ce déplacement pourrait résulter une torsion.

Dans ce double mouvement d'ascension et de redescente de l'utérus, le fibrôme subirait non seulement la poussée utérine, mais encore les mouvements incessants de la masse intestinale repoussée elle aussi vers le diaphragme par le changement de volume de la matrice.

De plus, le fibrôme subit en général des modifications de structure au cours de la grossesse. Il est congestionné et souvent altéré. Dans ces conditions, il pourrait contracter, lors de son ascension, des adhérences avec la paroi ou les viscères abdominaux. Lorsque se produira la descente, ces adhérences s'opposant au retour de la tumeur, favoriseraient la torsion par deux procédés : d'une part, elles amèneraient l'allongement et l'amincissement du pédicule, d'autre part, elles soumettraient le fibrôme à des tiraillements dans un sens déterminé, mais toujours le même.

Mais si, laissant de côté les assertions purement théoriques, nous demandons à l'analyse attentive des faits leur justification, nous constatons immédiatement que le nombre des observations n'est nullement en rapport avec ces affirmations.

Sur 80 observations que nous avons pu réunir, nous n'en trouvons que 12, soit 15,5 % qui se soient produites pendant la grossesse et, fait plus intéressant encore, aucune observation n'a trait à une torsion dans la période réelle

d'involution utérine, soit une période de un mois après l'accouchement pour faire la part large (1).

Les cas rapportés sont ceux de Cappie, Kleinhans, Maygrier, Routier, Ribemont-Dessaignes et Grosse, Rosthorn, Lepage et Mouchotte, David, Brothers, Thorn, Bérard, Malherbe et Grosse.

Dans ces cas, la torsion est apparue presque toujours de bonne heure, vers le troisième ou quatrième mois. Sur nos 12 cas, nous en trouvons 9 du troisième au quatrième mois, 2 au cours du sixième mois, 1 au cours du septième, aucune observation après la deuxième moitié du septième mois, et nous le répétons, aucune pendant le travail ou les suites de couches.

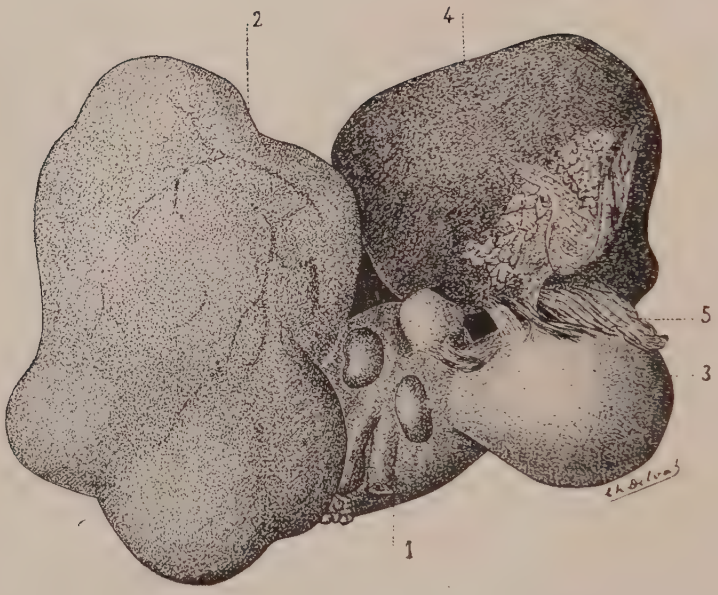
Une fois de plus nous voyons que la comparaison entre la torsion des fibrômes et des kystes de l'ovaire ne peut s'établir.

D'après Malin et Brunzel et d'après Pinard, la torsion des kystes se produit par ordre de fréquence croissante : 1° du deuxième au quatrième mois ; 2° pendant le travail ; 3° dans les suites de couches.

Les faits que nous venons de rapporter prouvent que les fibrômes obéissent à une loi absolument inverse.

Il nous faut reconnaître que dans la grande majorité des cas, 6 fois sur 7, la torsion se produit en dehors de la grossesse. Est-ce à dire que le rôle de la grossesse soit nul au point de vue de cet accident ? Non. Nous admettons volontiers (et d'ailleurs les chiffres rapportés plus loin tendent à le prouver 36/19) que la grossesse serait une cause prédisposante préparant pour ainsi dire la torsion. Cela s'explique aisément d'ailleurs. La gravidité amène en effet des modifications importantes dans la structure et la circulation du myome. Elle entraîne des changements d'équilibre de la tumeur, des allongements pédiculaires. D'autre part, il est probable que dans plusieurs cas, les déplace-

(1) Nous ne donnons ici au terme involution que le sens de « retour de l'utérus dans la cavité pelvienne », sans plus.



Fibrome sphacélé à la suite de la torsion de son pédicule.

1. Fond de l'utérus.
2. Fibrome implanté sur la corne gauche.
3. Fibrome du fond.
4. Fibrome tordu et sphacélé.
5. Pédicule tordu avec adhérence au fibrome sous-jacent.

ments du fibrôme au cours de l'état gravidique amorcent en quelque sorte un mouvement de torsion qui se complètera ultérieurement sous l'influence de causes diverses.

Indirectement enfin, la grossesse agit en relâchant la sangle musculaire de l'abdomen et en détruisant par suite l'équilibre viscéral, tout comme une ascite ou un amaigrissement rapide.

Mais on ne saurait attribuer une importance capitale à toutes ces causes. Les chiffres sont concluants sur ce point.

Nous voyons en effet que sur 55 observations dans lesquelles le passé puerpéral est indiqué, 12 concernent des vierges, 7 des nullipares, 36 des femmes ayant eu des grossesses (19 I pare, 8 II pares, 5 III pares, 3 IV pares, 1 V pares. La fréquence de l'accident n'est donc nullement en rapport avec le nombre des grossesses et il peut survenir en dehors de tout état de gravidité antérieur.

En résumé, nous dirons que, comme cause déterminante, la grossesse nous paraît avoir un rôle des plus modestes. Comme cause prédisposante, au contraire, nous l'acceptons volontiers par suite des modifications qu'elle apporte dans la structure de la tumeur, par les changements d'équilibre viscéral qu'elle provoque, par la flaccidité des parois abdominales qu'elle entraîne.

Nous accorderons une valeur analogue à l'ASCITE et à l'AMAIGRISSEMENT RAPIDE qui agissent dans le même ordre d'idées en produisant un relâchement de la sangle abdominale.

Tout autre nous apparaît le rôle des tumeurs de voisinage.

17 observations nous signalent la coïncidence d'une *tumeur voisine du fibrôme qui, en se développant refoulait, le myome et pressait sur une de ses extrémités.*

Dans presque tous ces cas, il s'agit d'un ou plusieurs autres fibrômes interstitiels ou sous-séreux (LEJONNE et MILANOFF, FERRONI, MARTIN CHRISTOFFER, STEINBUCKEL, SCHWARTZ, 2 cas, JOHANNOWSKY, BOURSIER, WIART,

David, Gayet et Adler, Campenon, Quenu, Piquand, Pillet, Brothers, Amann).

Beaucoup plus rarement, il faut incriminer une tumeur développée aux dépens des annexes. Ainsi, dans le cas de Lejonne et Milanoff, il y avait un kyste paraovarien en même temps que plusieurs fibrômes sous-péritonéaux. Dans le cas de Delaunay, il y avait un kyste de l'ovaire. Dans un troisième cas de Schwartz et dans celui de David, on trouvait deux énormes hydro-salpins.

Ces tumeurs de voisinage ont incontestablement joué dans tous ces cas un rôle déterminant important. Mais, nous l'avons dit, elles ne sont signalées que dans 17 observations et il nous faut bien chercher d'autres causes à la torsion.

Causes mécaniques. — Rokitansky et Koeberle attachent une grande importance aux causes mécaniques. Tels sont les mouvements brusques du sujet, les examens médicaux pratiqués dans des attitudes spéciales, telles que la position génu-pectorale ou la position inversée de Trendelenburg. Les manœuvres d'examen destinées à provoquer le ballottement de la tumeur.

Toutes ces causes ne nous paraissent pas avoir une grande importance dans la plupart des cas ; cependant, plusieurs fois, on a vu les signes de torsion succéder pour ainsi dire à une exploration médicale. Une observation de Koeberle est vraiment démonstrative à cet égard : chez une malade de 30 ans, atteinte depuis 5 ans d'un fibrôme, une pression latérale sur l'abdomen, ou même le simple décubitus latéral, suffisait pour déterminer une torsion passagère accompagnée de douleurs intenses ne disparaissant que lorsque la tumeur avait repris sa position naturelle. Après plusieurs de ces crises, la torsion devint définitive et nécessita une intervention. Citons également la deuxième malade de Campenon qui fit sa deuxième poussée de torsion la veille de l'opération, à propos des soins préparatoires qu'on lui donnait.

Rokitansky fait également jouer un rôle important

aux efforts , aux violentes contractions musculaires, aux brusques changements de position, en particulier, au passage brusque de la position debout à la position accroupie. Dans ces diverses conditions, la tumeur, serrée par ses pôles entre les deux plans résistants formés par le diaphragme et la paroi abdominale antérieure contractée, ne pourrait se déplacer qu'en subissant des mouvements de rotation sur son pédicule. Malgré l'autorité de Rokitansky ce mécanisme paraît assez hypothétique : cependant, chez la malade de Schutzenberger, la torsion semble bien avoir succédé à un brusque mouvement avec contraction de la paroi abdominale.

Si ces actes mécaniques de causes extérieures sont incontestables dans certains cas, ils laissent un vaste champ libre aux hypothèses qui se présentent à l'esprit à la lecture des faits beaucoup plus nombreux de torsion dont l'examen attentif ne révèle aucune cause musculaire ou traumatique.

Il nous faut donc chercher ailleurs le pourquoi de ces torsions.

Si nous tenons compte de cette donnée anatomique presque constante, TORSION DE GAUCHE A DROITE, nous sommes invités à rechercher dans le jeu normal des organes voisins le pourquoi de cette rotation. On a invoqué les MOUVEMENTS DE LA VESSIE. Malgré l'opinion de Lawson Tait, malgré les expériences de Klobb et de Vercoutre sur des bassins vides de leurs intestins, les alternatives de déplétion et de réplétion de la vessie ne nous paraissent guère pouvoir déterminer la torsion d'un fibrôme pédiculé.

Les modifications de volume de la vessie agissent en effet surtout sur la face antérieure de l'utérus. Elles tendent donc à déterminer des mouvements de va-et-vient antéro-postérieurs ou mouvements de bascule plutôt que des mouvements de torsion. Ces mouvements peuvent néanmoins favoriser la torsion en déplaçant l'utérus et en modifiant l'équilibre des viscères du bassin.

Les Mouvements peristaltiques de l'intestin grêle peuvent jouer également un certain rôle dans la production de la torsion.

Lorsque le fibrôme, en se développant, sort du petit bassin pour entrer dans le grand, il refoule les viscères pelviens et surtout l'intestin grêle. Celui-ci vient se placer entre la tumeur et la paroi abdominale postérieure. Dans ces conditions, les mouvements incessants de l'intestin, sa vacuité, sa réplétion, déterminent des déplacements continuels du fibrôme. Ceux-ci peuvent aboutir à un mouvement de torsion, surtout si le pédicule s'insère latéralement sur l'utérus.

L'existence d'adhérences péritonéales peut être également une cause de torsion. Ces adhérences peuvent unir le fibrôme à un organe mobile dont il suit tous les déplacements. Elles peuvent aussi être fixes, elles constituent alors avec le pédicule une sorte d'axe autour duquel le fibrôme peut tourner mais dont il ne peut s'éloigner.

Sans nier la possibilité de ces faits, nous ferons remarquer une fois encore qu'ils ne justifient pas la torsion de gauche à droite. C'est donc uniquement dans les viscères siégeant à gauche de l'utérus qu'il nous faut chercher le pourquoi de la torsion. Ici nous trouvons, se continuant avec le rectum, l'S iliaque, toujours si lâche et si flottante chez les femmes dont la constipation est le fait habituel.

Role de l'S iliaque.— A l'état de plénitude, l'S iliaque ne reste pas collée contre la symphyse sacro-iliaque, car son méso est long. Placée normalement derrière la tumeur, elle ne peut se distendre qu'à condition de la refouler en avant, elle la chasse devant elle et de gauche à droite. Qu'à ce moment intervienne un léger déplacement du corps sur le côté et le fibrôme poussé par l'S iliaque, invité par son propre poids à pivoter, subira naturellement une torsion qui pourra n'être que passagère si les deux influences sont légères, quitte à se reproduire au premier jour (torsion à répétition), qui pourra demeurer permanente si les pressions

sont plus intenses et si les causes prédisposantes s'y prêtent particulièrement.

Migration du fibrome au cours de son développement. — Si les causes que nous venons d'invoquer sont, croyons-nous, incontestables, pour tout fibrôme pédiculé de la cavité abdominale, il est un groupe de faits spéciaux sur lesquels nous tenons à attirer l'attention : c'est la migration progressive du fibrôme du bassin dans l'abdomen par suite de son augmentation régulière de volume.

L'utérus dont la cavité ne dépasse pas 6 centimètres à l'hystéromètre est tout entier placé dans le petit bassin.

C'est donc dans le petit bassin que naît le fibrome.

Mais plus ou moins vite, suivant l'acuité de son évolution, il va, comme l'utérus gravide, gagner le bassin puis la cavité abdominale. Cette ascension se fera par deux procédés différents suivant le lieu d'origine du fibrôme sur l'utérus.

Supposons une tumeur surplombant l'utérus ou si l'on veut ayant pris naissance sur le segment supérieur de cet organe : cette tumeur pourra aisément s'élever au-dessus de la ligne innominée, tirant l'utérus derrière elle comme un ballon attire sa nacelle.

Supposons, au contraire, et c'est le cas qui nous intéresse plus particulièrement ici, un fibrôme pédiculé développé aux dépens du segment inférieur du corps utérin et de la partie postérieure de ce segment. Ce fibrôme va se développer dans l'espace libre qu'il trouve à sa disposition, le cul-de-sac de Douglas, dans l'espèce, se moulant en arrière sur le rectum, dans la concavité sacrée et se développant transversalement dans le plus grand diamètre laissé à sa disposition. Le diamètre antéro-postérieur est en effet rétréci par la présence des viscères pelviens.

Si cette tumeur augmentant de volume tend à sortir du bassin pour s'élever dans la cavité abdominale, il lui faudra forcément obéir aux lois mécaniques des obstacles qu'elle rencontre dans les régions qu'elle traverse : c'est-

à-dire en utilisant toujours le plus grand diamètre pour placer sa plus grande dimension.

Or, nous venons de le voir, au début de son développement, lorsqu'il est encore enclavé dans le bassin, le fibrôme se développe surtout dans le sens transversal. Il prend la forme d'un ovoïde à grand axe situé dans le diamètre transverse de l'excavation ; mais en évoluant le fibrôme franchit le détroit supérieur et arrive au-dessus de la symphyse pubienne au contact de la paroi abdominale antérieure. Il se trouve alors placé dans une cavité limitée de tous côtés par des parois osseuses rigides, sauf en avant où il peut soulever et refouler la paroi abdominale. Gênée dans son développement latéral par les os iliaques, la tumeur tend alors à tourner sur elle-même d'un quart de cercle pour présenter son grand axe au diamètre qui se laisse le plus facilement distendre. C'est, dans la circonstance, le diamètre antéro-postérieur, vertébro-abdominal. Cette rotation d'un quart de cercle se fait presque toujours de gauche à droite par suite de la poussée de l'S iliaque sur l'extrémité gauche de la tumeur. Le fibrôme étant dégagé en avant du détroit supérieur, et continuant à se développer, ne tarde pas à se dégager également sur le côté, et toute sa masse ayant franchi la ligne innominée, la tumeur occupe la partie inférieure de l'abdomen. Là, les deux ailes iliaques sont très éloignées l'une de l'autre. Les conditions se trouvent donc changées : le diamètre transversal (environ 28 cm.) devient plus considérable que le diamètre antéro-postérieur. Dans ce sens, en effet, la tumeur se trouve prise entre la colonne vertébrale en arrière et les muscles droits en avant dont les contractions tendent à la repousser sur le plan postérieur.

Dans ces conditions, le fibrôme s'accommode à sa nouvelle situation. Son extrémité antérieure glisse peu à peu sous la paroi abdominale et devient latérale. Le grand axe de l'ovoïde se place ainsi dans le plus grand diamètre de la cavité qui le renferme : le diamètre transverse.

Le pédicule ne peut suivre ces mouvements de rotation. Il se tord sur lui-même de deux quarts de tours, soit 180°. C'est la torsion qu'on observe le plus fréquemment, elle peut d'ailleurs augmenter dans certains cas, par suite de causes adjuvantes.

En somme, le fibrôme, en se développant, doit traverser de bas en haut la filière pelvienne. Il reproduit donc, mais en sens inverse, les mouvements de la tête fœtale dans sa descente à travers cette filière. Dans l'excavation, il occupe le diamètre transverse, il franchit le détroit supérieur dans le diamètre antéro-postérieur et au-dessus du détroit supérieur, se place de nouveau dans le plus grand diamètre : le transverse. Mais tandis que le fibrôme accomplit ces diverses rotations, son pédicule resté adhérent à l'utérus ne peut le suivre : la torsion continuant toujours dans le même sens, de gauche à droite, sous la poussée viscérale, il n'y a aucun mouvement de restitution, et le pédicule se tord de 180°.

L'accroissement inégal du fibrome a été signalé également comme une cause de torsion, notamment par Barnès et Piccini. L'une des parties du fibrôme s'accroissant, la tumeur tend, sous la poussée viscérale, à placer son plus grand diamètre dans le plus grand diamètre de la région qu'elle occupe. Il peut donc résulter de l'accroissement rapide d'une des parties du fibrôme, une rotation de toute sa masse. Le pédicule ne pouvant suivre subira forcément une torsion.

II. Torsion axiale de l'utérus fibromateux (Pédicule utérin). — Nous avons vu que le fibrôme en se développant pouvait étirer l'utérus au niveau de sa portion moyenne et s'en former comme un véritable pédicule. Nous avons d'ailleurs désigné ce pédicule sous le nom de pédicule utérin par opposition au pédicule fibro-utérin que nous venons d'étudier. La torsion peut porter également sur ce pédicule utérin et ce que nous venons de dire des pédicules

fibro-utérins s'applique en grande partie aux cas de pédicule utérin.

Cette torsion axiale de l'utérus paraît un peu plus fréquente que la torsion pédiculaire. Nous avons pu en réunir 84 observations contre 80 de torsion pédiculaire.

L'âge semble jouer un certain rôle. La torsion axiale se rencontre en effet presque exclusivement chez des femmes âgées. Sur 45 cas où l'âge de la malade est indiqué, 32 se rapportent à des femmes au-dessus de 40 ans. Toutefois, cette complication peut se rencontrer chez des femmes jeunes ; les 2 malades de Schultze n'avaient que 27 et 25 ans. Par contre celle de Virchow et celle de Gouilloud avaient 62 ans et celle de Semmeling 70.

La torsion de l'utérus peut se produire dans deux conditions : tantôt elle est le fait d'un fibrôme pédiculé, tantôt au contraire elle est le fait d'un fibrôme sessile, largement implanté sur l'utérus ou même d'un fibrôme interstitiel.

Sur nos 84 observations, la torsion de l'utérus était provoquée 32 fois par un fibrôme pédiculé et 37 par un fibrôme sessile ou interstitiel. Cette dernière variété semble donc plus fréquente.

Dans le cas de fibrôme pédiculé (pédicule fibro-utérin) la tumeur éprouve un mouvement de rotation suivant le mécanisme que nous avons indiqué plus haut. Ce mouvement de rotation se transmet à la partie supérieure du pédicule : si celui-ci est épais et résistant il suit le mouvement du fibrôme et entraîne avec lui l'utérus. Ce dernier se tord dans ce cas au niveau de son point le plus faible, c'est-à-dire ordinairement au niveau de l'isthme préalablement allongé et aminci.

Virchow, Skutch, Pick, Munde, Meredith, Wertheim, Holowko, Sonnenfeld, Schultze, Frommel, Micholitsch, Reinprecht, Stratz, Faure, Lepage et Mouchotte, Dickinson et Clément, ont rapporté de ces cas de fibrôme pédiculé ayant déterminé la torsion de l'utérus sans tordre leur pédicule.

Enorme fibrome ayant déterminé la torsion de son pédicule et une torsion axiale de l'utérus.

Les annexes du côté gauche sont enroulées autour du pédicule.

Si, au contraire, le pédicule est moins épais, plus élastique, il subit d'abord un mouvement de torsion, puis quand son élasticité est épuisée il entraîne l'utérus à sa suite. Il existe alors 2 torsions : l'une portant sur le pédicule fibro-utérin, l'autre portant sur le pédicule utérin constitué par l'isthme de l'utérus étiré.

Des exemples de cette double torsion ont été rapportés notamment par Bantock, Douglas, Lanelongue, Johannewsky, Schwartz et Ferry.

Dans tous ces cas de torsion double le sens de la torsion est le même sur l'utérus et sur le pédicule de la tumeur et les tours de spire sont toujours plus nombreux sur le pédicule fibro-utérin que sur le pédicule utérin vrai.

En étudiant plus haut la torsion des pédicules fibro-utérins, nous avons vu qu'en général le pédicule est inséré sur les parties latérales de l'utérus au voisinage des trompes et qu'il ne s'insère presque jamais sur la partie moyenne du fond.

Dans la torsion de l'utérus au contraire, le pédicule du fibrôme s'insère presque toujours sur le fond dans le voisinage de la ligne médiane. Ce mode d'insertion explique aisément la transmission à l'utérus du mouvement de torsion. Dans ce cas, en effet, l'axe de l'utérus se confond avec l'axe du pédicule, ce qui n'existe pas dans les cas d'insertion latérale.

De fait, sur 22 cas de torsion axiale de l'utérus déterminée par un fibrôme pédiculé, 12 fois le pédicule s'insérait sur la partie moyenne du fond de l'utérus, 4 fois sur la face antérieure, 3 fois sur la face postérieure et 2 fois seulement au voisinage de la trompe gauche. Dans le seul cas de Wertheim, le pédicule s'insérait au voisinage de la corne droite de l'utérus. Nous trouvons donc au total 19 insertions médianes pour 3 latérales, proportion absolument inverse de celle que nous avons trouvée pour les torsions pédiculaires.

On peut donc dire qu'un pédicule grêle inséré latéralement se tord d'ordinaire sur lui-même, tandis

QU'UN PÉDICULE ÉPAIS ET INSÉRÉ SUR LA LIGNE MÉDIANE ENTRAINE LE PLUS SOUVENT LA TORSION DE L'UTÉRUS.

LORSQUE LA TORSION EST DÉTERMINÉE PAR UN FIBROME SESSILE OU INTERSTITIEL elle se fait suivant un mécanisme absolument analogue à celui que nous avons étudié plus haut pour les fibrômes à pédicule fibro-utérin (rôle de l'S iliaque, du rectum, du développement du fibrôme), mais si nous admettons les mêmes causes déterminantes, il est ici une cause prédisposante de la plus haute importance : c'est le VOLUME du fibrôme. Si le volume n'a qu'une valeur relative dans la torsion des pédicules fibro-utérins, ici au contraire dans ces types : fibrômes sessiles, fibrômes interstitiel, il joue un rôle considérable.

Ce ne sont point en effet des fibrômes d'un ou de 2 kilos qui entraînent la torsion.

Sans doute nous avons les faits de GOULLIOUD où la tumeur pesait 1670 grammes, de DEMANTKE où elle en pesait 1770.

Le fait de LEPAGE et MOUCHOTTE d'un fibrôme de 500 gr. a trait à un utérus gravide et se présente donc dans des conditions spéciales.

Mais la règle est celle de GROS FIBROMES dépassant l'ombilic, de fibrômes lourds, pesant plus de 5 kilos (LANNELONGUE-VITRAC-KUSTNER) ; plus de 7 kilos (IVANOFF) ; 13 livres (MEREDITH) ; 10 kilos (STRATZ) ; plus de 11 kilos (FAURE) ; plus de 15 kilos (PICCINI.)

Et ceci n'est pas pour nous surprendre, il faut en effet une vieille évolution pour étirer le col utérin.

Dans la plupart des cas l'utérus tordu ne présente qu'un ou 2 fibrômes. Mais il y a des exceptions. Une malade de KUSTER avait plusieurs myomes, les uns sous-péritonéaux, les autres interstitiels. Chez celle de REINPRECHT la paroi utérine était criblée de noyaux fibreux, mais la torsion avait été occasionnée par un gros myome qu'un long pédicule reliait à la partie supérieure de l'organe.

Le siège occupé par les fibrômes sessiles est assez varia-

Volumineux fibrome implanté sur le fond de l'utérus gravide et ayant déterminé :

1° La torsion de son pédicule.
2° Une torsion axiale de l'utérus avec enroulement des annexes.

ble. Le plus souvent ce sont des tumeurs voisines du fond, mais assez fréquemment ces tumeurs sont développées d'une façon asymétrique, presque exclusivement sur une des faces, mais surtout sur un des bords de l'utérus. Elles jouent ainsi par rapport au pédicule utérin, le même rôle que nous avons vu jouer au fibrôme dans les cas de torsion de pédicule fibro-utérin.

C'est ainsi que dans les cas de Frommel, Ehrendorfer, Micheli, la tumeur était développée exclusivement sur la partie gauche et dans le cas de Micholitsch sur la partie droite de l'utérus.

Chez la malade de Johannowsky, il s'agissait d'un fibrôme du col qui faisait une forte saillie en avant de l'utérus.

L'importance de ces dispositions se comprend facilement après ce que nous avons dit pour les fibrômes pédiculés. Les saillies latérales formées par les tumeurs ainsi développées constituent une sorte de bras de levier sur lequel viennent agir les forces qui déterminent la torsion et qui sont toujours les mêmes que nous avons décrites précédemment.

Le Role de la Grossesse est assez difficile à préciser. Sur 84 cas, nous en trouvons 14, soit 1 sur 63, dans lesquels il s'agit de torsion d'utérus gravide.

Ce sont les cas de Labbe, Piccini, Bourcart, Reinprecht, Dickinson, Thorn, Ivanoff, Lepage et Mouchotte, Speath, Chroback, Ludwig, Thoms, Bas, Kleinhaus.

Sur les autres cas, dans 44 où le passé puerpéral est indiqué, 12 concernent des vierges, 8 des nullipares, 24 des femmes ayant eu 1 ou plusieurs enfants (8 Ipares, 6 IIpares, 4 IIIpares, 2 IVpares, 2 Vpares, 1 VIpare et 1 VIIpare). On voit que là encore la fréquence de la torsion n'est nullement en rapport avec le nombre des grossesses.

Nous pensons cependant que les grossesses antérieures jouent ici un rôle plus important que dans les torsions pédiculaires.

Elles agissent non seulement en déplaçant la tumeur utérine et en affaiblissant la tonicité des parois abdominales, mais encore en rendant le tissu utérin plus malléable, plus ductile, état qui favorise certainement l'action de la cause déterminante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Fibromes a pédicule tordu (Pédicules fibro-utérins). — 1° *Sens de la torsion.* — La torsion du pédicule se fait ordinairement de gauche à droite, c'est-à-dire dans le sens des aiguilles d'une montre, suivant la loi formulée par Goodsir pour les kystes de l'ovaire. Toutefois pour les fibrômes comme pour les kystes cette loi n'est pas absolue. Malgré l'opinion de la plupart des auteurs, et en particulier de Bernard et Berniolle, nous trouvons en effet 6 cas : Heurteaux, Vercoutre, Lamarre, Boursier, Bantock et Weintery, dans lesquels la torsion s'est faite en sens inverse de droite à gauche.

Dans le premier cas (1) il s'agissait d'un fibrôme gros comme une tête de fœtus à terme, inséré à la corne gauche de l'utérus par un pédicule long de 5 à 6 centimètres. Il présentait un tour complet de torsion de droite à gauche.

Dans le cas de Vercoutre il y avait une petite tumeur presque complètement calcifiée, unie à l'angle gauche de l'utérus par un pédicule long de 3 centimètres et présentant un tour complet de torsion de droite à gauche.

L'observation de Boursier a trait à une tumeur ovoïde du poids de 550 grammes, implantée sur la corne gauche de l'utérus par un pédicule étroit présentant une torsion de droite à gauche d'un tour et demi.

Dans le cas de Lamarre la tumeur, du poids de 1100 grammes, était insérée sur le fond de l'utérus par un pédicule de la grosseur d'une plume, tordu une fois de droite à gauche.

(1) La plupart des auteurs font de ce cas une torsion de gauche à droite, mais le texte original indique nettement le contraire.

Dans le cas de Bantock il y avait une double torsion de droite à gauche, l'une portant sur le pédicule d'un fibrôme, l'autre sur l'utérus lui-même.

Ces cas tendraient à confirmer la théorie de Rokitansky et Lawson-Tait, suivant laquelle la torsion des tumeurs pelviennes se fait ordinairement non pas de gauche à droite mais de dedans en dehors.

Il en résulterait que pour les tumeurs insérées à droite de la ligne médiane, la torsion se ferait de gauche à droite, en sens inverse au contraire pour les tumeurs insérées à gauche de la ligne médiane.

Cette loi est contredite par la plupart des autres observations de fibrôme à pédicule tordu. Sur 26 cas où le pédicule était inséré à l'angle gauche de l'utérus, 23 fois la torsion s'est faite de gauche à droite.

Si à priori ces faits semblent contredire le rôle important que nous avons accordé plus haut à l'S iliaque, nous devons faire remarquer cependant et la longueur et la minceur du pédicule. Il nous semble que c'est en réalité obéissant surtout à leur poids que la torsion s'est faite. N'est-ce pas ainsi d'ailleurs qu'il faut expliquer certains faits de torsion antéro-postérieure. Tel celui de Steinbuckel où le pédicule s'insérait complètement sur le côté de l'utérus, la torsion put se faire non plus dans le sens transversal mais dans le sens antéro-postérieur, d'avant en arrière et de bas en haut.

Dans un cas analogue de Péterson, le fibrôme présentait une torsion d'un tour et demi de haut en bas et d'avant en arrière. Dans ce cas le pédicule long de 5 centimètres s'insérait à l'angle gauche de l'utérus, croisait toute la face postérieure de l'organe et adhérait au bord droit.

Dans un autre cas rapporté par David la torsion s'est faite à la fois de bas en haut et de gauche à droite.

De tout cela, il faut conclure que la torsion n'obéit à aucune règle fixe. Elle dépend de la situation réciproque

Torsion verticale d'un fibrome sous-séreux.

D'après STEINBUCKEL.

du centre de gravité du fibrôme et du point d'implantation du pédicule ; du point d'application de la poussée qui fait tourner la tumeur et du sens de cette poussée.

Il nous semble que la plus grande fréquence des torsions de gauche à droite est due en grande partie à la présence de l'S iliaque qui, comme nous l'avons vu, joue un rôle important dans le mécanisme des torsions.

2° *Fixité.* — La torsion du pédicule d'un fibrôme présente une fixité très variable.

Dans certains cas la torsion est si solidement maintenue qu'il faut employer une grande force pour la corriger, et que parfois même, comme dans un cas de Ferroni, on ne peut arriver à la redresser sans rompre le pédicule.

D'autres fois, au contraire, la torsion est simplement maintenue par la pression des organes voisins et par les adhérences que le fibrôme a pu contracter. Aussi une fois le ventre ouvert et la tumeur libérée la torsion se défait d'elle-même.

Parfois même le fibrôme peut se détordre spontanément comme dans les cas de Koeberle et de Duhrssen.

3° *Degré.* — Le degré de torsion est extrêmement variable : d'une façon générale la torsion des fibrômes est moins prononcée que celle des kystes de l'ovaire. Elle ne dépasse pas ordinairement un tour complet et s'arrête même le plus souvent avant de l'avoir atteint.

Voici quelques chiffres observés : 90° Imbert-Schroeder ; 180° : Ferroni, Boursier-Walther, Guillot-David, Campenon, Quenu ; 3/4 de tour : Péan-Delaunay-Schwartz, Routier ; 1 tour : Vercoutre, Heurtaux-Walther-Buisson, David, Piquand.

Cette limitation du mouvement de torsion est évidemment en rapport avec le peu de longueur du pédicule, avec son épaisseur, avec la résistance du tissu fibreux qui constitue son squelette.

Dans la plupart des cas on a pu constater, après opération, qu'il était impossible d'imprimer au pédicule une

torsion plus complète à moins de déployer une très grande force.

Quelques observations de torsion très accusée ont été cependant signalées. Ce sont les cas de Cappie, Vercoutre, Van Iterson, Sterson, Schwartz, où la torsion était de 1 tour 1/2. Elle atteignait 2 tours 1/2 dans les cas de Fritsch, de Lejonne et Milanoff et de Kelly. 3 tours dans celui de Martin Christofer. 4 tours dans celui de Pollosson et Durand, et même 7 tours dans le cas unique de Ferrand.

Dans ces divers cas, l'amplitude de la torsion était permise par la longueur et la minceur du pédicule, et aussi par les altérations de son tissu rendu plus souple et moins résistant par suite de dégénérescence et d'infiltration séreuse et sanguine.

Rupture possible du pédicule. — Certains faits indéniables nous montrent que le terme ultime de la torsion pour le pédicule envisagé en lui-même peut aller jusqu'à la rupture.

Tels sont les faits de Vercoutre et de Fercy Paton.

Vercoutre a trouvé à une autopsie un petit fibrôme calcifié inséré sur l'angle gauche de l'utérus, et dont le pédicule était presque complètement sectionné au niveau du point de torsion. Il suffit d'une très légère traction pour le rompre complètement.

Fercy Paton, à l'autopsie d'une femme morte d'obstruction intestinale, trouve un fibrôme dont le pédicule était complètement sectionné. Il présentait d'ailleurs des traces bien nettes de torsion. La tumeur avait contracté des adhérences intestinales et épiploïques qui assuraient sa nutrition.

Quant aux cas de Simpson, Guyon, Nonat, Rokitansky, Vercoutre, Cassabois (1), Péterson (2), Cul-

(1) Cassabois. — Thèse de Lyon 1899. Fibr. ut. averrants de la cav. abdom.

(2) Peterson. — Amer. Gyn. Soc. 1905.

LEN (1) qui trouvèrent un fibrôme libre dans la cavité abdominale, nous ne pouvons, faute de détails, les réclamer comme nôtres. Pédicule tordu peut-être ? Pédicule simplement étiré peut-être ? Le doute subsiste.

LES ALTÉRATIONS HISTOLOGIQUES DU PÉDICULE ont été peu étudiées. Nous nous sommes efforcés de les décrire plus complètement d'après l'étude des pièces que nous avons pu examiner.

Normalement le pédicule est constitué par une enveloppe péritonéale engaînant un prolongement du tissu musculaire de l'utérus avec des nerfs et des vaisseaux de dimensions variables.

Chacune de ces parties présente d'ordinaire des altérations.

Au niveau même du point de torsion, le revêtement endothélial du péritoine disparaît plus ou moins complètement.

Parfois, en cas de torsion lente, il se forme des adhérences qui unissent les parties du pédicule situées au-dessus et au-dessous du point de torsion et qui s'opposent à la détorsion.

Les vaisseaux, veines et artères contenus dans le pédicule présentent d'ordinaire une forme irrégulière. Leur direction est rendue très oblique par la torsion, de sorte que sur une coupe, ils affectent la forme d'arcs de cercle irréguliers dont les extrémités arrivent parfois presque au contact.

Les lésions veineuses sont de beaucoup les plus importantes, ce qu'explique peut-être leur siège périphérique. Presque toujours, même avec une torsion peu considérable, elles sont fortement dilatées et plus volumineuses que les artères. Leur paroi est épaissie et leur lumière peut être plus ou moins complètement oblitérée.

Cette oblitération paraît d'abord due uniquement à la coagulation du sang. Mais plus tard, le caillot oblitérant

(1) Cuellen. — Amer. Gyn. Soc. 1905.

s'organise par prolifération de l'endothélium. La veine se trouve ainsi transformée en une masse de tissu conjonctif embryonnaire d'abord, puis de tissu conjonctif.

Ces altérations débutent ordinairement par les grosses veines, qui souvent sont thrombosées et complètement oblitérées alors que les petites restent encore perméables.

Les artères occupent volontiers le centre du pédicule : elles subissent donc moins le mouvement hélicoïde. Quoi qu'il en soit, que ce soit à ce siège ou à leur structure propre qu'elles doivent d'échapper d'une façon manifeste aux lésions oblitérantes, il n'en reste pas moins que nous les avons toujours trouvées beaucoup moins altérées que les veines.

Les altérations des artères sont bien moins constantes. Souvent dans le même pédicule, à côté de veines complètement oblitérées on trouve des artères encore perméables et à peine altérées.

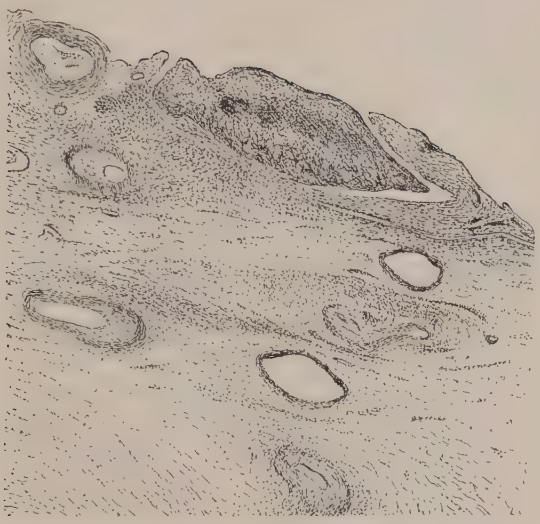
Les altérations artérielles consistent généralement en une endarterite simple. Celle-ci se manifeste uniquement par une multiplication des cellules de l'endartère, qui détermine un épaississement notable de la tunique interne. Il en résulte naturellement une diminution de calibre du vaisseau, mais l'oblitération complète, si elle se produit, doit être rare, car nous n'avons pu la constater sur aucune des 4 pièces que nous avons examinées.

Presque toujours les altérations veineuses sont beaucoup plus prononcées à la périphérie qu'au centre du pédicule.

Sur nos pièces nous avons pu voir des veines absolument perméables au centre, alors que celles de la périphérie étaient thrombosées.

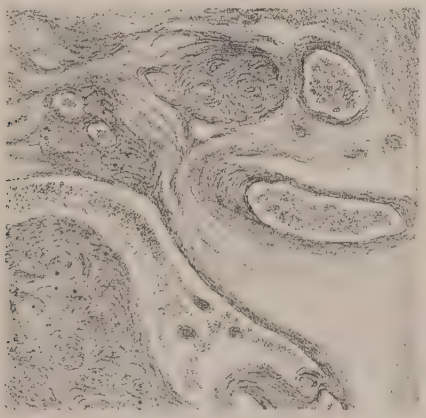
Les lésions des vaisseaux lymphatiques sont mal connues. Sur plusieurs coupes, nous avons trouvé des sortes de lacunes tapissées par un simple revêtement endothélial et renfermant de nombreux leucocytes. Elles nous ont paru être des lymphatiques dilatés.

Quant aux nerfs nous avons pu, à plusieurs reprises,



Coupe au niveau du pédicule d'un fibrome tordu.

On voit de nombreuses veines dilatées, dont la plupart sont oblitérées plus ou moins complètement par des caillots en voie d'organisation. Quelques artères sont perméables et présentent seulement un épaississement de leur paroi. Le tissu conjonctif et musculaire qui entoure ces vaisseaux est légèrement œdématié.



Coupe du pédicule d'un fibrome tordu.

On voit de très nombreux vaisseaux fortement dilatés et presque tous oblitérés par des amas de globules sanguins; un de ces vaisseaux situé au centre de la préparation présente une direction presque horizontale et affecte la forme d'un arc de cercle. Le tissu conjonctif avoisinant est très fortement œdématié et creusé de cavités sans paroi propre, remplies de liquide séreux.

constater leur existence dans des pédicules, mais sans pouvoir déterminer s'ils présentaient des altérations.

Le tissu conjonctif et musculaire qui forme le squelette du pédicule est souvent fortement altéré. Sur les coupes on peut noter presque toujours la disparition plus ou moins complète des fibres musculaires, et leur remplacement par du tissu conjonctif fibreux. Ce tissu lui-même est souvent œdematié et infiltré de sérosité, et parfois même, en certains points, surtout autour des vaisseaux thrombosés, on trouve des foyers hémorragiques, et une infiltration leucocytaire plus ou moins abondante. Comme les lésions vasculaires, ces lésions du tissu fibro-musculaire du pédicule sont toujours plus marquées à la périphérie qu'au centre.

En Résumé : Par suite de ces diverses altérations, le pédicule montre d'ordinaire à la coupe une enveloppe séreuse épaissie entourant une masse de tissu conjonctif plus ou moins œdematié contenant de rares fibres musculaires et quelques fibres élastiques. Ce squelette fibro-conjonctif renferme des vaisseaux à direction très oblique se rapprochant de l'horizontale. Ceux-ci, et principalement les veines, présentent des lésions d'inflammation chronique. Ces lésions, pour les veines centrales, se réduisent à un léger épaississement, elles aboutissent à la thrombose et même à l'oblitération complète pour les grosses veines périphériques. Autour des vaisseaux thrombosés on trouve parfois des foyers hémorragiques et une infiltration leucocytaire assez abondante.

Lésions du Fibrôme. — Les altérations du fibrôme varient suivant le degré de la torsion, et surtout suivant l'état des vaisseaux du pédicule, et suivant le développement des adhérences qui peuvent s'établir entre le fibrôme et les organes voisins.

Dans quelques cas ces lésions sont presque nulles. Le fibrôme présente un aspect microscopique normal, et l'examen histologique ne montre aucune altération marquée.

Cette absence de lésions se rencontre à peu près constamment dans les torsions peu accentuées, lentes, et dans lesquelles les vaisseaux du pédicule ont conservé une perméabilité suffisante pour assurer la nutrition de la tumeur.

Quelquefois, on trouve des tumeurs peu altérées avec un pédicule fortement tordu, renfermant des vaisseaux peu perméables. Mais, dans ces cas, la tumeur présente toujours des adhérences étendues en particulier à l'épiploon. Par ces adhérences, des vaisseaux volumineux arrivent jusqu'à la tumeur et en assurent la nutrition. Dans ces conditions on a pu voir des fibrômes sans altérations très marquées, alors que le pédicule était non seulement fortement tordu mais mieux sectionné.

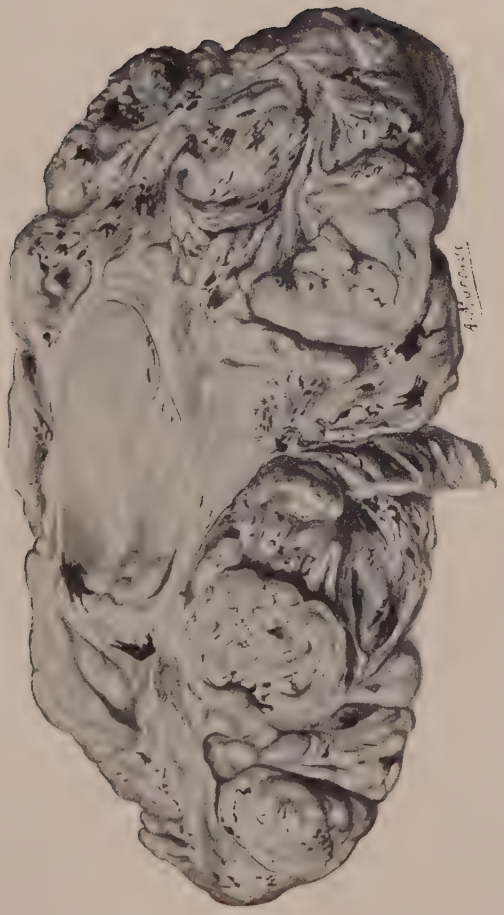
En général cependant la torsion du pédicule d'un fibrôme détermine, chez celui-ci, des lésions anatomiques bien nettes Ces lésions sont d'ordinaire en proportion directe du degré de la torsion . Toutefois ce n'est pas là une règle absolue. L'épaisseur du pédicule, sa longueur, l'état des vaisseaux afférents et efférents, l'existence d'adhérences plus ou moins vasculaires constituent autant de conditions qui peuvent faire varier les altérations de la tumeur : aussi avec une torsion de plusieurs tours un fibrôme pourra être moins altéré qu'un autre dont le pédicule présentera une torsion légère mais très serrée.

Prenons des exemples : Dans le cas de Heurteaux le myome était peu altéré avec une torsion d'un tour complet, de même avec une torsion de 1 tour 1/2 dans le cas de Van Iterson.

Au contraire, on a trouvé des lésions beaucoup plus prononcées dans les cas de Johnson et de Bouisson, avec une torsion analogue, dans ceux de Mermet et de Delaunay où la torsion ne dépassait pas 3/4 de tour, dans les deux de Ferroni où elle atteignait à peine 180°.

Ces altérations assez variables se montrent sous deux aspects principaux :

A l'œil l'aspect variera suivant certaines conditions faci-



Coupe macroscopique de fibrome à pédicule tordu

les à prévoir : rapidité de la torsion, intensité de la torsion, voies nutritives accessoires par des adhérences. Ainsi s'explique l'aspect ici rosé, ici violacé, ici sphacélique de la tumeur. Dans les cas les plus simples, la tumeur est rosée et présente à sa surface de nombreuses veines dilatées gorgées de sang. La consistance de cette tumeur est toujours plus molle que celle des fibrômes normaux, parfois même elle arrive jusqu'à la fluctuation.

L'aspect à la coupe est assez variable. Si les lésions sont peu prononcées, la tumeur paraît constituée par du tissu fibromyomateux normal, de consistance assez ferme, de coloration blanche ou rosée. Par endroits, surtout à la périphérie, on trouve des parties de consistance plus molle et de coloration plus foncée qui laissent écouler à la coupe une certaine quantité de liquide.

Lorsque les lésions sont plus avancées, la plus grande part de la tumeur est molle, infiltrée, formée de trainées blanchâtres qui limitent par endroits des sortes d'alvéoles remplies d'un tissu jaunâtre œdématié, de consistance gélatineuse. Ces altérations sont habituellement plus marquées à la périphérie qu'au centre, de sorte que la tumeur est parfois constituée par une sorte de noyau central formé de tissu fibromateux habituel, entouré de toute part de tissu œdématié. Les altérations sont en général peu marquées dans le voisinage du pédicule, elles atteignent au contraire leur maximum dans la partie de la tumeur qui en est le plus éloignée. De ceci il résulte que, parfois, à la coupe, la tumeur semble formée de deux parts : une zone juxta pédiculaire, d'aspect presque normal, une zone éloignée du pédicule fortement ramollie et œdémateuse.

Le passage d'une zone à l'autre se fait par une transition insensible.

Souvent le tissu œdématié est creusé de cavités irrégulières de dimensions variables qui renferment soit une matière gélatineuse, soit un liquide clair et séreux légèrement jaune, soit un liquide noirâtre d'épaisseur variable,

d'aspect hémorragique. Dans quelques cas une ou plusieurs de ces cavités peuvent prendre un développement considérable et occuper une grande partie de la tumeur.

Frommel et Kelly entre autres, ont rapporté des observations de fibrômes tordus presque totalement transformés en cavités kystiques remplies d'un liquide séreux ou brunâtre. Nous en rapportons un nouveau cas que nous avons observé avec M. Campenon.

A ces lésions microscopiques correspondent des lésions histologiques habituellement très nettes.

Dans les points où l'altération est le moins prononcée, c'est-à-dire ordinairement au centre de la tumeur et dans le voisinage du pédicule, on constate simplement une altération et une dissociation des fibres musculaires.

Le protoplasma de ces fibres se gonfle et prend un aspect granuleux, tandis que le noyau se ratatine, diminue de volume et devient moins facilement colorable.

Ces fibres sont également dissociées, séparées les unes des autres par un tissu fibrillaire, infiltré de substance amorphe, dans lequel on voit des vaisseaux dilatés pour la plupart et largement ouverts.

Lorsque les coupes portent sur des parties plus molles, plus dégénérées de la tumeur, les altérations histologiques sont plus considérables. Les fibres musculaires deviennent de plus en plus rares. Elles sont séparées par des travées de tissu conjonctif fibrillaire condensé qui, s'élargissant de plus en plus, finissent par occuper toute l'étendue des coupes.

Si nous nous éloignons encore vers les régions plus atteintes ce tissu conjonctif augmente, mais perd de sa condensation : les fibrilles, qui le constituent, s'écartent les unes des autres, de manière à former des sortes de mailles remplies de liquide et d'une substance amorphe non colorable par les réactifs. Ainsi la disposition réticulée devient de moins en moins nette, elle finit même par disparaître entièrement. Sur toutes les coupes, on voit de

Torsion d'un volumineux fibrome implanté par un très large pédicule sur le fond de l'utérus.

L'utérus présentait à sa face antérieure un autre gros fibrome.

Le fibrome tordu était transformé en un vaste kyste rempli de sang et de caillots.

Les deux trompes étaient distendues par un volumineux hémato-salpinx.

nombreux vaisseaux, à paroi mince, remplis de globules sanguins.

Les cavités kystiques que l'on trouve fréquemment paraissent résulter uniquement de l'accumulation de liquide dans les mailles du tissu œdématié. Tantôt leurs parois sont formées de tissu fibrillaire assez condensé, tantôt, au contraire, les cavités paraissent creusées au milieu d'une substance amorphe ne renfermant aucun élément vivant. Leur contenu est constitué tantôt par de la sérosité simple, tantôt par un mélange de sang et de sérosité.

Dans un certain nombre de cas, la torsion entraîne des altérations plus marquées, et qui résultent surtout de la rupture de petits vaisseaux et de l'infiltration sanguine du tissu fibromyomateux. Parfois cette infiltration est diffuse : elle se traduit par un ramollissement et surtout par un changement de coloration de la tumeur qui prend une teinte allant du gris ardoisé au rouge violacé. Parfois au contraire l'infiltration se fait en masse : le sang extravasé forme dans les mailles du tissu fibro-musculaire, des amas hémorragiques absolument analogues aux noyaux d'infarctus de l'apoplexie pulmonaire.

Ces noyaux présentent toutes les dimensions, depuis celles d'un grain de millet, jusqu'à celles d'une noix. Leur surface de coupe finement grenue présente une coloration noire violacée, en quelque sorte truffée. Ils crépitent sous le doigt et laissent sourdre à la pression un mélange de sang noir et de caillots vermiformes.

Ces lésions d'apoplexie et d'infiltration sanguine s'accompagnent presque toujours d'œdème et de ramollissement du tissu fibromateux. Ce n'est pas là une règle absolue. Dans deux cas rapportés par Boursier, les lésions d'apoplexie existaient seules, sans œdème, sans ramollissement même, des tumeurs qui étaient uniformément noirâtres et dures.

D'ordinaire ces altérations ne s'étendent pas uniformément à toute la tumeur. Tout comme l'œdème et le

ramollissement c'est de préférence à la périphérie et surtout dans la partie du fibrôme opposée au pédicule qu'on les rencontre. C'est là aussi que l'on observe à peu près exclusivement les noyaux apoplectiques.

C'est à cette période que les fibrômes tordus ainsi altérés contractent presque toujours des adhérences avec les organes voisins, surtout avec l'épiploon.

La consistance de ces tumeurs, ainsi dégénérées, est molle, souvent fluctuante par endroits. Leur surface extérieure sillonnée par de grosses veines gorgées de sang et de caillots présentent une coloration brunâtre ou gris ardoisé analogue à celle de certains kystes de l'ovaire, avec, par endroits, des taches violacées plus ou moins foncées, lie de vin, de dimensions variant d'une tête d'épingle à une pièce de cinq francs et au-delà. A la coupe le tissu ne crie pas sous le scalpel et laisse échapper un mélange de sang et de sérosité. Lorsque les altérations sont encore plus prononcées, la surface de section montre un tissu œdématié, de coloration rosée ou jaunâtre avec çà et là des parties plus foncées, rouges violacées. Ces points répondent aux zones de congestion et d'infiltration sanguine.

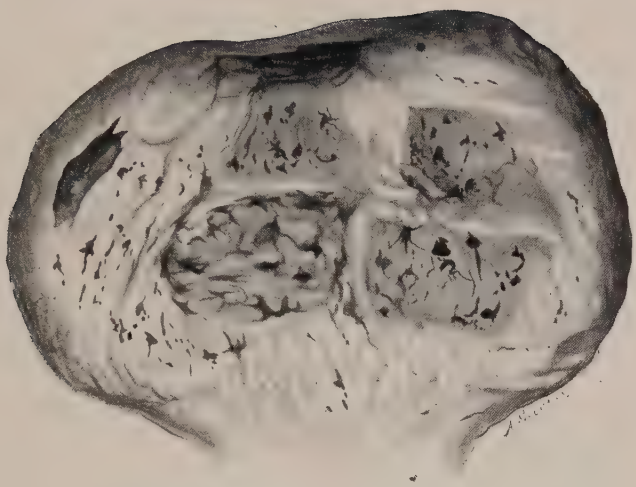
Lorsque les altérations sont plus marquées, on peut distinguer trois zones différentes sur la coupe de la tumeur.

1° Une zone centrale ou juxta pédiculaire constituée par du tissu fibromyomateux relativement peu altéré, simplement ramolli et infiltré ;

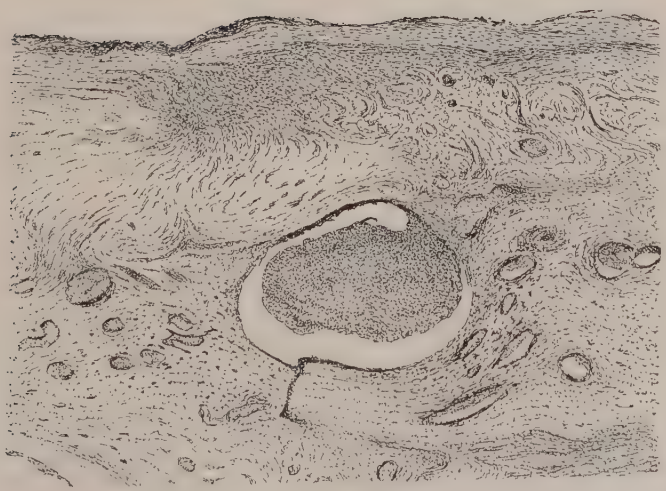
2° Une zone périphérique éloignée du pédicule, formée par du tissu rouge violacé, renfermant des noyaux d'infarctus plus ou moins volumineux confluents ;

3° Une zone intermédiaire présentant des lésions de congestion et d'infiltration sanguine diffuse. On peut y trouver toutes les transitions, depuis un tissu légèrement rosé, jusqu'à un tissu violacé parsemé d'une infinité de points apoplectiques rougeâtres ou noirâtres.

Il est beaucoup plus rare de trouver l'infiltration sanguine à peu près uniformément dans toutes les parties de



Coupe macroscopique de fibrome tordu.



Coupe d'un fibrome tordu œdématié et renfermant des foyers hémorragiques.

A la partie centrale de la figure on voit une veine très dilatée et en partie oblitérée par un caillot sanguin. Tout autour les fibres musculaires sont fortement dissociées, séparées les unes des autres par de l'infiltration sanguine et œdémateuse.

la tumeur. Dans ce cas cependant, la coupe présente dans toute son étendue l'aspect d'un tissu rougeâtre irrégulièrement parsemé de petits noyaux d'infarctus de coloration plus ou moins foncée

Les lésions histologiques qui correspondent à ces altérations microscopiques ont été en partie décrites par Pilliet, puis par Mermet dont nous avons pu contrôler et compléter les descriptions par l'étude de deux de nos pièces.

Pour bien comprendre l'évolution des lésions, il faut l'étudier sur une série de coupes portant successivement sur les diverses parties de la tumeur, et allant des régions qui paraissent les moins altérées vers les noyaux apoplectiques.

Les coupes faites au voisinage du pédicule, c'est-à-dire dans la partie de la tumeur qui est la mieux nourrie, montrent d'ordinaire peu d'altération, à part les lésions d'œdème et d'infiltration analogues à celles que nous avons décrites précédemment.

Pourtant déjà à ce niveau on constate une dilatation vasculaire plus grande qu'à l'état normal, et la présence de globules sanguins dans un grand nombre de ces vaisseaux.

A mesure qu'on se rapproche de la périphérie de la tumeur, les fibres musculaires s'atrophient et perdent leur affinité pour les colorants. Les faisceaux formés par ces fibres sont dissociés, séparés les uns des autres par une substance amorphe, dans laquelle se trouvent de nombreux leucocytes et des hématies.

Les vaisseaux très nombreux sont remplis de globules sanguins. Ils présentent des parois minces, réduites le plus souvent à un simple endothélium qui disparaît même par endroits. Autour d'eux on voit souvent des amas de globules sanguins.

Dans les parties du fibrôme qui présentent une coloration plus foncée avec piqueté rougeâtre ou noirâtre, les lésions hémorragiques s'accentuent : les vaisseaux sanguins sont

toujours très nombreux et remplis de sang. A côté d'eux on voit des sortes de lacunes sans paroi propre renfermant elles aussi des amas de globules rouges. Les faisceaux musculaires sont plus profondément dissociés, séparés les uns des autres par un grand nombre de globules rouges irrégulièrement disséminés entre les fibres musculaires et les cellules conjonctives. Par endroits, les fibres musculaires s'écartent plus largement encore, laissant entre elles des intervalles remplis par de véritables foyers hémorragiques qui deviennent de plus en plus nombreux, et de plus en plus volumineux à mesure qu'on se rapproche de la zone des infarctus.

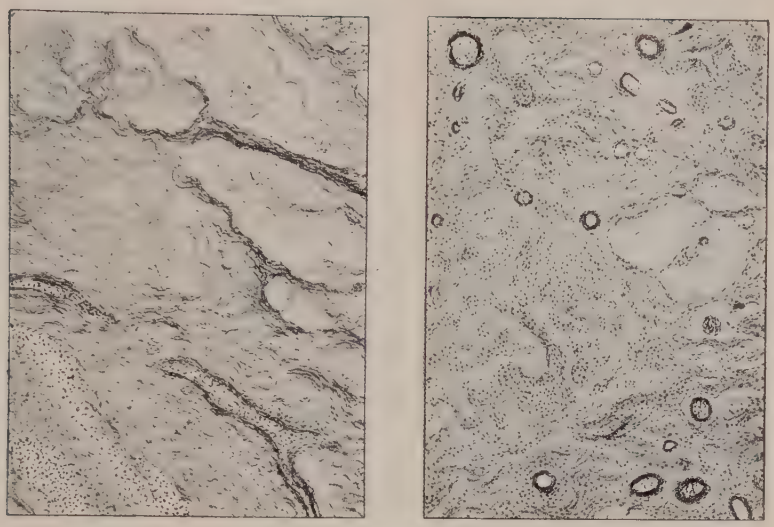
A ce niveau, des bandes violacées qui séparent ces noyaux présentent une structure absolument analogue à celle des coupes précédentes sauf que l'infiltration hémorragique est plus abondante et que les amas globulaires sont de plus en plus développés.

Les noyaux d'infarctus correspondent d'ailleurs aux foyers hémorragiques les plus volumineux. Ils se continuent sans transition avec le tissu avoisinant.

A leur niveau, les fibres musculaires et les cellules conjonctives s'écartent fortement, laissant entre elles des intervalles qui ont jusqu'à 30, 40 et même 50 fois leurs dimensions et qui sont remplis de globules sanguins.

A un grossissement assez fort, ces noyaux d'infarctus présentent des caractères histologiques assez variables, qui permettent de suivre les divers stades de leur évolution.

1° Certains de ces noyaux sont formés simplement par des fibres musculaires séparées par des amas de globules rouges. Ces fibres, fortement dissociées par l'infiltration globulaire, présentent des formes très variables ; tantôt elles sont aplaties, comme tassées, et étouffées par la masse sanguine avoisinante, tantôt, au contraire, elles sont distendues, comme vésiculeuses, leur protoplasma s'étant, en quelque sorte, imbibé de la sérosité ambiante. Presque



Coupes prises à la périphérie d'un fibrome à pédicule tordu présentant des lésions d'œdème et d'infiltration sanguine.

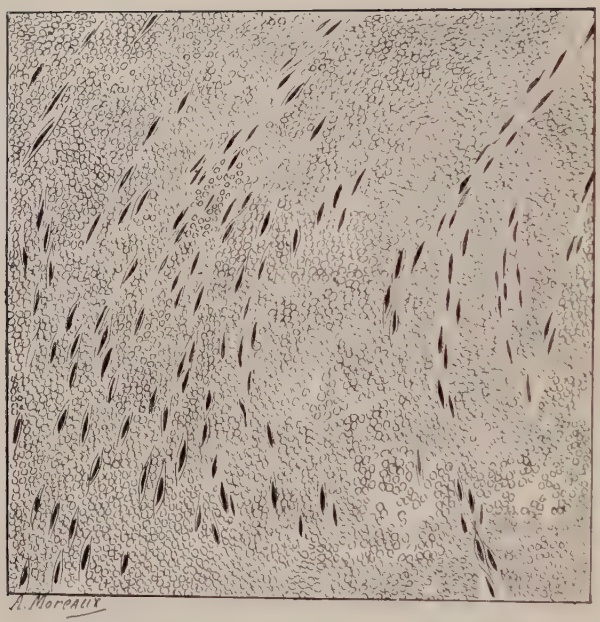
La figure de droite montre une dissociation et une infiltration du tissu conjonctif qui renferme de nombreux vaisseaux remplis de globules sanguins.

Sur la figure de gauche, le tissu est réduit à une sorte de réticulum ne renfermant presque aucun élément différencié qui est infiltré de substance muqueuse et creusé de cavités mal limitées remplies les unes de globules sanguins, les autres de matière gélatineuse.

Coupe prise à la périphérie d'un fibrome à pédicule tordu.

On voit d'assez nombreux vaisseaux dont plusieurs sont oblitérés par des caillots.

Le tissu avoisinant est fortement œdématié et présente à la partie supérieure de la coupe plusieurs géodes sans paroi propre et remplis de sérosité.



Coupe portant au niveau d'un foyer hémorragique.

Les fibres musculaires sont complètement dissociées par les globules sanguins. Ces fibres présentent une forme assez irrégulière, les unes sont élargies, la plupart au contraire sont allongées, comme tassées et étouffées par l'infiltration sanguine. Les globules extravasés présentent peu d'altérations. Quelques-uns cependant ont un aspect crénelé.

toutes se colorent difficilement et ont un noyau petit, arrondi et souvent comme ratatiné.

Quelques cellules conjonctives relient les fibres musculaires entre elles, et forment avec des filaments de fibrine une sorte de fin reticulum renfermant les globules sanguins qui sont ainsi en contact direct avec les fibres musculaires sans interposition d'aucun endothélium. Certains de ces globules paraissent absolument normaux et conservent leur forme discoïdale, biconcave, d'autres, surtout au contact des fibres musculaires, ont pris un aspect crénelé.

2° D'autres noyaux d'infarctus présentent un aspect bien différent : Ils sont formés à peu près uniquement par une masse diffuse, presque amorphe, vaguement réticulée par endroits, et parsemée d'un pigment brun jaunâtre provenant évidemment des globules sanguins détruits.

Les fibres musculaires qui limitent ces amas sont petites, atrophiées, presque impossibles à colorer. Elles sont infiltrées de pigment.

Les fibres les plus rapprochées de l'infarctus ont disparu en grande partie et souvent ne sont plus reconnaissables qu'à la présence d'une traînée pigmentaire qui dessine leur forme générale.

Dans la substance amorphe voisine on trouve parfois aussi des sortes de travées pigmentaires qui rappellent plus ou moins nettement les contours des fibres musculaires.

Les amas pigmentaires que l'on trouve ainsi résultent évidemment de la destruction des globules rouges des noyaux d'infarctus.

Pour expliquer les altérations des fibres musculaires voisines, il faut admettre que les fibres musculaires qui jouissent comme les fibres striées, quoique à un degré moindre, de la propriété de fixer l'hémoglobine dans leur protoplasma ont suppléé les globules blancs et ont fixé, puis détruit l'hémoglobine résultant de l'inondation sanguine ambiante. Ainsi s'expliquent la rapidité de la destruction du sang

épanché, et la destruction des fibres cellules tuées par la surcharge pigmentaire.

La Pathogénie des diverses altérations que nous venons de décrire est extrêmement simple. Elle découle tout entière des modifications que la torsion apporte à la nutrition d'un fibrôme pédiculé.

La torsion du pédicule a pour effet principal de déterminer une gêne de la circulation en retour. Les veines sont en effet moins protégées que les artères contre la compression à cause de leur situation plus superficielle et de la plus grande minceur de leur paroi. Les examens des pédicules des fibrômes tordus montrent en effet toujours les veines plus altérées, souvent complètement thrombosées, alors que les artères sont encore largement perméables.

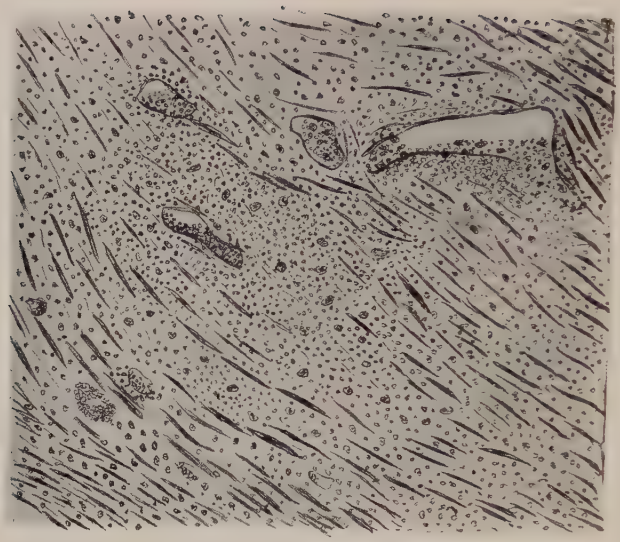
La circulation de retour étant ainsi gênée, tandis que l'apport sanguin, par la voie artérielle, reste presque normal, il en résulte une congestion passive et une augmentation de la pression dans les vaisseaux du néoplasme.

Sous l'influence de cette augmentation de pression il se fait d'abord une transsudation plus ou moins active de la partie liquide du sang, transsudation favorisée d'ailleurs par le peu d'épaisseur et la simplicité de structure des vaisseaux de la tumeur. Le liquide ainsi transsudé va d'abord infiltrer et dissocier les éléments du tissu conjonctif, puis gonfle, ramollit et dissocie les fibres lisses. Nous arrivons ainsi à la transformation du tissu fibromyomateux en un tissu réticulé dont les mailles sont distendues par la sérosité de l'œdème.

Ainsi se trouvent réalisées les lésions de dégénérescence œdémateuse et de ramollissement qui existent presque toujours dans les myomes à pédicule tordu.

Quant aux lésions d'apoplexie et d'infiltration sanguine, elles résultent d'un processus identique mais poussé plus loin.

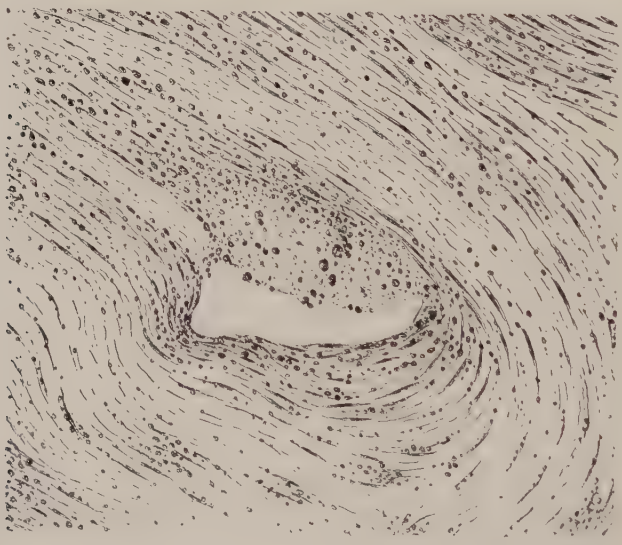
Plus la torsion sera brusque, plus elle sera accentuée, plus l'oblitération des veines sera complète. Aussi la circu-



Coupe d'un fibrome tordu avec foyers hémorragiques.

En voit de nombreux vaisseaux plus ou moins complètement oblitérés par des infarctus hémorragiques.

Les fibres musculaires sont éloignées les unes des autres et séparées par des amas de globules.



Coupe du même fibrome en un point où les altérations étaient moins prononcées.

A la partie centrale on voit une vaste tumeur limitée à sa partie supérieure par un foyer hémorragique. Les fibres musculaires sont également dissociées et séparées par l'infiltration sanguine.

lation de retour étant brusquement supprimée, il se produit brusquement une augmentation très considérable de la pression qui peut aboutir à la rupture de petits vaisseaux et à des hémorragies interstitielles plus ou moins abondantes.

Le sang épanché peut s'accumuler par endroits en formant des noyaux d'infarctus ; les globules sanguins épanchés sont ensuite détruits et leur pigment mis en liberté infiltre les leucocytes et surtout les fibres musculaires lisses. Ces dernières s'altèrent et peuvent finir par disparaître presque complètement, tuées par cette surcharge pigmentaire et par le trouble apporté à leur nutrition. Toutes ces lésions sont toujours plus marquées à la périphérie et dans la région éloignée du pédicule. C'est en ces points en effet que la circulation en retour est le plus gênée.

Les troubles de la circulation et la congestion consécutive à la torsion peuvent dans certains cas déterminer la rupture de vaisseaux d'un calibre assez considérable.

Ainsi, plusieurs fois, notamment dans un cas de Frommel, on a vu des vaisseaux volumineux ouverts dans la cavité d'une tumeur fibro-kystique à pédicule tordu, et l'ayant remplie de sang.

Parfois même, comme dans les cas de Steinbuckel et de A. Martin, la torsion peut déterminer la rupture de volumineux vaisseaux sous-séreux. Cette rupture est évidemment suivie d'une véritable inondation péritonéale analogue à celle qui succède à la rupture d'une grossesse tubaire.

Les effets de la torsion ne se bornent pas toujours à des lésions d'œdème et d'hémorragie interstitielle. Si la torsion est très prononcée, elle peut amener non seulement l'oblitération des veines, mais aussi la gêne et même l'arrêt presque complet de la circulation artérielle.

Cette complication est d'ailleurs assez rare, car presque toujours, même en cas de torsion très serrée, il reste au

centre du pédicule quelques vaisseaux perméables suffisants pour assurer la nutrition de la tumeur.

Lorsque la circulation artérielle est troublée, plusieurs éventualités peuvent se produire.

Le plus souvent, la tumeur a acquis des adhérences pariétales épiploïques ou intestinales qui renferment des vaisseaux suffisants pour assurer sa nutrition (observation de Wiart), d'autres fois, ces adhérences n'existent pas ou sont insuffisantes. Aussi, sous l'influence de la torsion et des troubles de nutrition consécutifs, la tumeur peut présenter diverses altérations.

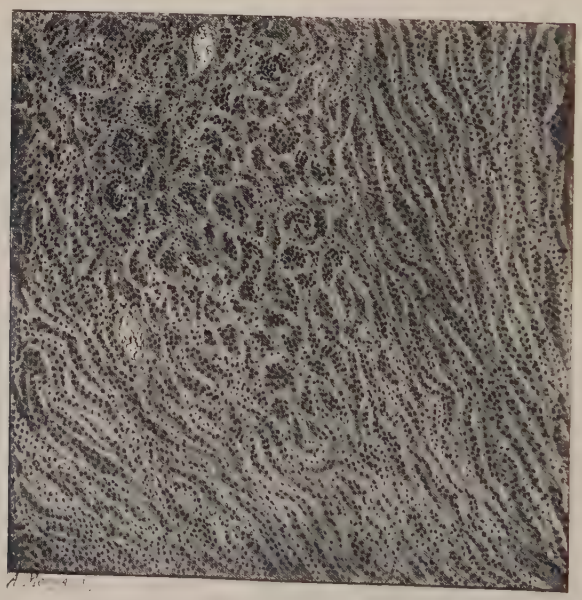
Si l'apport artériel est seulement diminué et si la torsion est lente, elle peut avoir simplement pour effet la transformation fibreuse de la tumeur. Dans ce cas, les éléments les plus différenciés du tissu fibro-myomateux, c'est-à-dire les fibres musculaires disparaissent peu à peu, remplacées par du tissu conjonctif fibreux. Cette transformation fibreuse s'accompagne généralement d'une atrophie notable de la tumeur, et s'effectue par un processus identique à celui qu'on observait en liant les vaisseaux d'un fibrôme pour en obtenir l'atrophie.

Quelquefois, à la suite de cette dégénérescence fibreuse, on observe des incrustations calcaires plus ou moins étendues, pouvant aller jusqu'à la calcification complète de la tumeur. Vercoutre, Goullioud et Sibud ont ainsi observé des tumeurs à pédicule tordu complètement calcifiées et transformées en véritables pierres. Ferrand signale un cas de calcification partielle dans les mêmes conditions.

Si la circulation artérielle est rapidement très fortement diminuée, le fibrôme peut présenter des lésions de nécrose plus ou moins avancées. Ordinairement, ces lésions sont localisées à certaines parties de la tumeur dans lesquelles la circulation se fait plus particulièrement mal. Au niveau de ces points, apparaissent des taches de coloration feuille morte ou noire ayant la consistance et l'aspect du caoutchouc

Coupe portant au niveau d'un infarctus hémorragique à la périphérie d'un myome tordu.

La coupe montre des travées formées par des fibres musculaires fortement altérées et séparées les unes des autres par des globules sanguins. Ces travées forment un réseau limitant des espaces sans paroi propre remplis de globules rouges. On aperçoit plusieurs vaisseaux également remplis de globules et dont quelques-uns s'ouvrent dans des foyers hémorragiques.



Coupe prise au niveau d'un point brunâtre d'aspect sphacélé siégeant à côté d'un infarctus hémorragique.

La coupe examinée à un très fort grossissement montre des travées brunâtres à peine colorables par les réactifs rappelant la forme des fibres musculaires. La plupart de ces travées sont infiltrées par une infinité de points sombres qui paraissent être des grains pigmentaires et des globules en voie de destruction.

L'examen histologique y dénote des lésions de nécrose plus ou moins avancées.

Au début, les altérations portent seulement sur les noyaux cellulaires qui diminuent de volume et se colorent mal par les réactifs. Plus tard, tous les éléments histologiques (cellules et fibres musculaires) disparaissent progressivement ou du moins ne se colorent plus par les réactifs. Finalement, le tissu nécrosé présente l'aspect d'une substance uniforme, vaguement ondulée, dans laquelle on ne peut déceler la présence d'aucun élément vivant.

Ces lésions de nécrose partielle ne sont pas rares. Dans un certain nombre de cas, à côté de parties présentant des lésions d'œdème et d'infiltration sanguine, on trouve dans les zones les plus mal nourries de la tumeur, des foyers de nécrose plus ou moins étendus. Les cas de nécrose totale portant sur toute l'étendue de la tumeur sont beaucoup plus rares. Quelques exemples en ont été cependant rapportés notamment par Jacobs. Le plus souvent, d'ailleurs, lorsque la nutrition de la tumeur est très fortement compromise, les lésions de nécrose aboutissent par suite d'infection, à la suppuration et à la gangrène. Holst, Fritsch, Cappie, Tuffier, Martin Christoffer, Bérard, Gayet et Adler en ont rapporté des exemples. Vincent dit en avoir observé trois cas. Des lésions de suppuration et de gangrène ont été également rapportées par Duguet et Varnier et par James Tyson. Mais, dans ces deux cas, il ne paraît pas nettement indiqué qu'il y ait eu torsion du pédicule. Il en est de même des cas de Verneuil (*Gazette des Hôpitaux* 1864) et d'Hermann (*Lancet* 1894) qui ont trait à des fibrômes sphacélés libres dans la cavité abdominale par suite de rupture de leur pédicule, mais sans qu'on puisse affirmer que cette rupture ait été provoquée par torsion.

Au point de vue mécanique, le sphacèle, quelle que soit son étendue, est parfaitement justifié par les données précédentes. Mais les observations que nous venons de

rapporter de suppuration, de gangrène septique, nécessitent une discussion pathogénique nouvelle. Il faut faire intervenir ici un élément nouveau, élément infectieux venant éclore dans ce tissu prédisposé. Remarquons d'ailleurs que ces complications de suppuration et de gangrène sont peu fréquentes malgré la mauvaise nutrition des fibrômes à pédicule tordu et les altérations presque constantes que présentent leurs tissus. Cette rareté relative tient évidemment à la situation de ces fibrômes qui, presque complètement isolés de l'utérus, sont peu exposés aux infections ascendantes par voie vagino-utérine ; par contre, il est vrai, les adhérences que ces fibrômes contractent avec les organes voisins, surtout l'intestin, fournissent par leurs lymphatiques une voie à la migration du colibacille.

A côté des lésions principales que nous venons d'étudier, la torsion d'un fibrôme peut déterminer des lésions secondaires du côté des annexes, des vaisseaux, des viscères du bassin et du péritoine.

1° L'état des annexes est particulièrement intéressant à étudier. Dans quelques cas, les annexes sont entraînées par la torsion d'un pédicule inséré sur la corne utérine, près de l'origine de la trompe. Elles peuvent même s'enrouler autour de ce pédicule avec la partie voisine du ligament large, surtout le mésosalpinx, tels sont les cas de Lannelongue et de Polosson. Les altérations inflammatoires des annexes, surtout les salpingites, sont fréquentes, en raison des changements de positions, des tiraillements, des rétrécissements que la torsion du fibrôme peut imprimer à la première portion des trompes. Des lésions de salpingite très marquées existaient dans deux de nos observations (Campenon, Piquand), ainsi que dans les cas de Lamarre, Gunther, Fritsch, Cappie, Schwartz, Tuffier, Martin, Fercy Paton, Vincent, Jacobs, Peterson. Dans les cas d'Imbert, Schwartz, Boursier, David, Kelly, il y avait des hydrosalpinx. Dans le deuxième cas de Campenon, des hémato-salpinx.

2° Les vaisseaux pelviens sont parfois comprimés dans le cas de fibrôme tordu. Ils peuvent présenter des lésions surtout des thromboses veineuses qui, le plus souvent, limitées au ligament large, peuvent s'étendre très loin comme dans les cas de Péan et de Duhrssen.

3° Les compressions de la vessie, les compressions et les coudures des uretères sont rares ; Lamarre a cependant rapporté une observation dans laquelle un fibrôme de 1100 grammes, tordu de droite à gauche, comprimait contre le pubis, la vessie et l'origine des uretères ; dans le premier cas de Campenon, la vessie était tordue et comprimée ; dans le cas de Pillet, la tumeur était adhérente à la vessie, et il fut difficile de rompre ses adhérences.

La compression de l'intestin, surtout du rectum et de l'S iliaque, est plus fréquente que celle de la vessie. Dans le cas de Lamarre, cité plus haut, l'S iliaque était fortement comprimée entre la tumeur et le détroit supérieur. Dans le cas de Luys, cette compression de l'S iliaque amena la mort par occlusion intestinale.

D'autres fois l'intestin, uni au fibrôme par une solide adhérence, se trouve entraîné dans le mouvement de torsion et peut présenter un déplacement considérable. Ainsi, dans le cas de Fercy Paton, une anse intestinale avait été attirée par la torsion d'un gros fibrôme auquel elle adhérait intimement, amenant des accidents d'occlusion mortels. Dans un cas de Ferroni, l'S iliaque avait été entraînée par la torsion d'un fibrôme auquel l'unissait une volumineuse bride péritonéale.

4° L'état du péritoine est assez variable. Le plus souvent, il y a seulement une inflammatiou légère aboutissant à la production d'adhérences autour de la tumeur étranglée. La formation de ces adhérences semble due à une infection légère et surtout à l'irritation déterminée par le contact de la tumeur œdématiée à endothélium desquamé avec le péritoine voisin. La formation des adhérences dépend, d'ailleurs, en grande partie, de la façon dont se fait la tor-

sion : si la torsion est lente et graduelle, il y a presque constamment formation d'adhérences pariétales ou viscérales plus ou moins étendues. Si, au contraire, la torsion est brusque, les altérations de la tumeur apparaissent très rapidement, et donnent lieu à des symptômes graves avant que des adhérences étendues aient eu le temps de se former. En tout cas, ces adhérences, faciles à détruire quand elles sont récentes, s'organisent rapidement, deviennent résistantes et peuvent entraîner de grandes difficultés opératoires. Souvent, elles renferment des vaisseaux volumineux qui unissent la circulation du fibrôme à celle des organes voisins et peuvent jouer un rôle important dans la nutrition de la tumeur. Ainsi, dans un cas de Faure, les adhérences renfermaient des artères plus volumineuses qu'une radiale. Wiart a rapporté un cas dans lequel, malgré une torsion très serrée du pédicule, le fibrôme ne présentait aucune altération, la circulation veineuse ne paraissant même pas gênée. Ceci tenait évidemment à la présence de vaisseaux volumineux dont quelques-uns atteignaient la grosseur d'un crayon et qui, au milieu d'adhérences, unissaient la circulation de la tumeur à celle de l'épiploon. Fercy Paton a observé, de même, un fibrôme du poids de 5 livres dont le pédicule avait été complètement rompu par torsion et qui était nourri exclusivement par des adhérences renfermant de gros vaisseaux qui l'unissaient à l'épiploon, au mésentère et à l'intestin grêle sur une longueur de 60 centimètres.

Ces adhérences se forment surtout entre le fibrôme et l'épiploon. Les adhérences épiploïques sont signalées dans plus de 50 des cas que nous avons réunis : elles étaient particulièrement développées dans les cas de Koeberle, Péan, Delaunay, Cappie, Gunther, Schwartz, Fercy Paton, Ferroni, Boursier, Martin Christoffer, Wiart, Peterson, David, Campenon, Piquand.

Les adhérences avec l'intestin, sans être rares, sont moins fréquentes, il y avait des adhérences intestinales dans les cas de Schwartz, Ferroni, Boursier, Lejonne et Mi-

lanoff, Fercy Paton, Fritsch, David, Ferrand, Bérard.

La tumeur adhérait à l'S iliaque dans les cas de Fercy Paton, Schwartz, Boursier ; au cœcum et à l'S iliaque dans celui de Gunther; à la vessie dans ceux de Campenon, de Gayet et Adler et de Pillet; à l'appendice dans ceux de Peterson et Pillet ; à la paroi abdominale dans ceux de Villard et Kelly.

Beaucoup plus rarement, l'inflammation péritonéale aboutit à une transsudation séreuse et à la formation d'un épanchement ascitique comme dans les cas de Ferry, Gunther, Ferroni, Durand. Il est probable que la gêne de la circulation de retour et l'œdème du fibrôme jouent un rôle important dans la pathogénie de cette ascite. Il faut, d'ailleurs, remarquer que dans le cas de Gunther la tumeur avait subi un commencement de dégénérescence sarcomateuse et que, par conséquent, il pouvait s'agir d'une ascite néoplasique.

Dans des cas très rares, au lieu de liquide séreux, le péritoine renferme un épanchement sanguin. Ce sang peut provenir soit de la rupture d'un des gros vaisseaux de la tumeur, comme dans le cas de A. Martin, soit de la rupture d'un des vaisseaux du pédicule, comme dans le cas de Turner. Chez la malade de Homans, l'hémorragie était due à la rupture d'un hémato-salpynx provoquée par la torsion du pédicule d'un fibrôme. Chez celle de Campenon, le sang provenait probablement des grosses veines sous-péritonéales ou bien des vaisseaux d'adhérences épiploïques rompues.

Dans quelques cas, enfin, la réaction péritonéale beaucoup plus marquée aboutit à une péritonite aiguë et même à une péritonite purulente généralisée. Cette grave complication ne s'observe guère que dans les cas où la torsion a entraîné la suppuration et le sphacèle de la tumeur. Cappie, Martin Christoffer, Villard, Vallas, Vincent, en ont rapporté quelques exemples.

TORSION AXIALE DES UTÉRUS FIBROMATEUX

Dans les cas où la présence d'un fibrôme détermine la torsion de l'utérus sur son axe, les lésions sont très analogues à celles que nous venons de décrire en tant que lésions du fibrome et des parties ambiantes, péritoine et viscères. Mais, par contre, la cavité utérine et les annexes (ovaire et trompe) méritent une attention toute spéciale ainsi que le pédicule utérin. Nous étudierons donc plus particulièrement, dans ces cas, les lésions qui se produisent : 1° du côté du pédicule utérin ; 2° du côté de l'utérus ; 3° du côté des annexes ; 4° du côté des viscères voisins.

1° *Pédicule.* — Le point de l'utérus sur lequel s'effectue la torsion est assez fixe. Presque toujours, c'est au niveau de l'isthme, ou bien de la portion sus-vaginale du col. Très rarement, la torsion porte au niveau du corps utérin, comme dans le cas de Stratz ou même dans le voisinage de l'insertion des trompes comme dans le cas de Lannelongue et Vitrac. La partie de l'utérus qui subit la torsion est presque toujours fortement amincie, allongée et effilée, comme du verre chaud, par suite de la traction qu'exerce la tumeur à mesure qu'elle s'élève vers les parties supérieures de la cavité abdominale. Cet allongement peut être très considérable, transformant la portion de l'utérus en une sorte de cordon qui peut facilement se confondre avec un simple pédicule de fibrôme. Dans le cas de Faure, par exemple, l'isthme utérin était fortement étiré et transformé en un mince pédicule à peine du volume d'un crayon, dans lequel la cavité utérine avait presque complètement disparu. Dans les cas de Micholitsch, Kuster, Johannowsky, Lannelongue et Vitrac, Pollak, Wertheim, l'isthme de l'utérus était transformé en une sorte de cordon de plusieurs centimètres de long.

Dans le cas de Ricard, l'isthme était réduit à ses feuillets séreux et constituait à la tumeur un mince pédicule que l'on pouvait rompre avec la plus grande aisance.

La torsion de l'utérus fibromateux se fait presque toujours dans le sens des aiguilles d'une montre. On a observé cependant l'inverse : Holst, notamment, a rapporté un cas dans lequel un volumineux fibrôme adhérent à la base de l'utérus avait imprimé à celui-ci un mouvement de torsion de droite à gauche d'environ 120° ; de même dans un cas de Frommel, la présence d'un myome pédiculé avait imprimé à l'utérus une torsion de droite à gauche d'un peu plus de 90°, de sorte que l'ovaire gauche regardait en arrière et à droite et l'ovaire droit en avant et à gauche ; dans le cas de Bland Sutton, il s'agissait encore d'une torsion axiale de droite à gauche.

Holowko a observé une torsion de l'utérus atteignant 360° et déterminée par un fibrôme pédiculé inséré sur le fond utérin. Dull, Schultze, Switalski, Bourcart et Reinprecht, Stratz, Kustner, Ivanoff, Bantock ont, de même, rapporté des observations de torsion de droite à gauche de l'utérus. Soit au total 13 cas de torsion de droite à gauche. Le degré de la torsion est habituellement moins considérable que dans les cas où celle-ci porte sur un pédicule de fibrôme. Le plus souvent, elle ne dépasse pas un demi-tour. Prenons quelques exemples :

90° : Schroeder, Bourcart, Frommel, Johannowsky, Lepage et Mouchotte ;

120° : Holst ;

180° : Semmelink, Ehrendorfer, Stratz, Schultze, Skutsch, Siebers, Goffe, Demantke, Toth, Kreutzmann, Piccini, Lannelongue et Vitrac, Schwartz et Ferry, Ivanoff Bantock.

300° : Holowko ;

360° : Virchow, Johannowsky, Faure.

Dans quelques cas seulement, la torsion dépasse 360° ; elle atteignait 1 tour et demi dans les observations de Micholitsch, de Wertheim et de Homans ; plus de deux tours dans celles de Friedel-Pick, Schultze, Kustner, Polak.

Dans des cas exceptionnels, la torsion peut aboutir à une section totale. Dans ce cas, le fibrôme et la partie supérieure de l'utérus complètement détachée deviennent libres dans la cavité abdominale. Dans le cas de Holowko la striction déterminée par la torsion était telle que la section du pédicule utérin semblait imminente. Semmelink a rapporté l'observation d'un fibrôme sous-séreux ayant déterminé une torsion axiale de 180° avec section presque complète de l'isthme utérin. Dans le cas de Wertheim, l'isthme, gros comme un crayon, était presque complètement sectionné et se rompit avec une grande facilité. Rappelons le cas de Ricard dans lequel le corps de l'utérus était complètement séparé du col au niveau de l'insertion vaginale et ne tenait plus que par un mince pédicule formé par les seuls feuillets péritonéaux tordus sur eux-mêmes. La section du tissu utérin était également presque complète dans les cas de Goullioud, Eastmann et Smith. Elle était complète dans ceux de Lennander, Hedren, Schou, Weinberg.

Lorsque la torsion est serrée, elle entraîne à peu près constamment l'oblitération de la cavité utérine au niveau du point tordu. Le cathétérisme utérin devient alors impossible et si la femme est encore jeune, il se produit de l'hématométrie par rétention menstruelle. Dans les cas de Virchow, Timmers, Homans, Johannowsky, Semmeling, la cavité utérine avait même complètement disparu, l'isthme étant transformé en un pédicule complètement plein.

La torsion de l'utérus, comme la torsion pédiculaire, présente une fixité très variable. Tantôt la torsion est solidement maintenue par suite des connexions nouvelles qu'ont contracté les tissus du pédicule : il faut alors déployer une certaine force pour détordre l'utérus et ensuite celui-ci laissé libre, tourne de nouveau sur lui-même.

Tantôt, au contraire, la torsion est simplement maintenue par la présence du fibrôme et les adhérences péritonéales. Une fois celui-ci enlevé et celles-ci libérées, l'utérus

se laisse facilement détordre et peut même revenir spontanément à sa position normale. Ceci a été constaté par Ivanoff, Lepage et Mouchotte. Cette différence dans la fixité de la torsion a, comme nous le verrons, une grande importance thérapeutique.

Les altérations des fibrômes déterminées par la torsion axiale de l'utérus sont très analogues à celles que nous avons signalées pour la torsion pédiculaire. Là encore, le phénomène dominant est la stase due à la gêne de la circulation veineuse. Si l'oblitération veineuse n'est pas complète, et c'est le cas le plus fréquent, on trouve surtout des lésions d'œdème et d'infiltration séreuse. Dans le cas contraire, on observe l'apoplexie du myome et finalement la gangrène quand la circulation est trop profondément gênée.

Toutefois, cette grave complication est exceptionnelle.

Dans l'immense majorité des cas, il y a seulement des lésions d'œdème et de congestion qui se traduisent par une hypertrophie plus ou moins considérable de l'utérus et de ses fibrômes avec une teinte violacée, livide, qui atteste la gêne de la circulation. Sur une coupe, on constate que les éléments musculaires et conjonctifs sont dissociés,soit tout simplement par distension des vaisseaux sanguins et infiltration séreuse, soit par irruption de sang provenant de ruptures vasculaires et s'accumulant entre les cellules conjonctives et les fibres musculaires.

Dans certains cas, ces lésions de congestion peuvent aboutir à la formation de grandes cavités kystiques pleines de sérosité et de sang. Dans le cas de Holowko, par exemple, il y avait une tumeur fibro-kystique du poids de 5 kilos renfermant de nombreuses cavités pleines d'un liquide roussâtre. L'examen histologique montra un myome en dégénérescence œdémateuse avec foyers hémorragiques multiples. Dans les cas de Munde, de Toth, de Frommel, de Schultze, de Clément, il s'agissait de tumeurs fibro-kystiques fortement congestionnées. Dans le cas de Frommel, la cavité kystique renfermait plus de trente litres d'un

liquide chocolat. Dans l'observation de Switalsky, la laparotomie montra un énorme foyer hémorragique occupant la moitié droite de l'utérus et la plus grande partie du ligament large du même côté. Skutch a trouvé, en plein tissu myomateux des épanchements de lymphe (*sic*) constituant de véritables foyers.

La nécrose et la gangrène sont rares, cependant, dans le cas de Lannelongue et Vitrac, la tumeur présentait par endroits des lésions très nettes de nécrobiose au début. Micholitsch a observé un myome gros comme une tête d'adulte qui avait déterminé une torsion axiale de l'utérus et présentait des lésions de calcification et de nécrose avec foyers hémorragiques et petits kystes. Des lésions de gangrène et de sphacèle ont été signalées dans les cas de Timmers, Switalsky, Bantock, Schultze, Reinprecht. Chez la malade de Sonnenfeld, la tumeur était en dégénérescence sarcomateuse.

Les altérations de l'utérus au niveau du point de torsion sont assez variables. Si la torsion est peu serrée, on trouve seulement quelques lésions vasculaires. Si la torsion est serrée, on trouve des altérations importantes du tissu utérin. Les fibres musculaires lisses disparaissent en partie et sont remplacées par du tissu conjonctif fibreux. Le revêtement épithélial de la muqueuse se desquame et peut finir par disparaître complètement. Les lésions des vaisseaux sont différentes suivant qu'il s'agit des vaisseaux interstitiels ou des vaisseaux utérins eux-mêmes.

Les vaisseaux interstitiels, ordinairement peu nombreux, présentent des lésions absolument analogues à celles qu'on observe dans les pédicules tordus ; les gros vaisseaux utérins, au contraire (veines et surtout artères), sont souvent peu altérés et restent perméables. Il est probable que grâce à leur situation excentrique et jusqu'à un certain point indépendante, ces vaisseaux ne participent que très incomplètement au mouvement de torsion et sont moins comprimés que les vaisseaux intra-utérins.

Au-dessus du point de torsion, le corps de l'utérus présente des altérations analogues à celles décrites pour les fibromes ; la surface extérieure de l'utérus change de couleur. Au lieu d'être rosée ou rouge pâle, elle devient rouge sombre violacée. Cette teinte ecchymotique est parfois si accusée qu'elle seule a suffi pour déterminer le chirurgien à faire une hystérectomie dans le cas de Switalski. De plus, on voit souvent des extravasations sanguines sous-péritonéales plus ou moins étendues. A la coupe, le tissu utérin présente une coloration rouge foncé avec, parfois, de véritables noyaux d'infarctus. Enfin, la muqueuse elle-même est rouge ou violet foncé soit en totalité, soit seulement par places, ceci en dehors de tout état menstruel.

La cavité du corps utérin est presque toujours fortement dilatée lorsque la torsion est serrée. Le canal cervical est complètement oblitéré du fait de la torsion ; la cavité du corps est ordinairement remplie de sang, par suite de rétention menstruelle, si la femme n'est pas trop âgée. Cette hématométrie est notamment signalée dans les cas de Kusner, Meredith et Johannowsky.

La situation des ovaires est presque toujours changée. Attirés par le mouvement de rotation de l'utérus, ils se trouvent en général l'un dans le douglas et l'autre derrière la symphyse pubienne. Il est plus rare de trouver l'ovaire droit à gauche et réciproquement l'ovaire gauche à droite. Enfin, quelquefois, chaque ovaire se retrouve à sa place après avoir décrit une circonférence complète autour du pédicule utérin.

Assez souvent, les ovaires sont scléro-kystiques, légèrement œdématiés ou contiennent de petits hématomes. Dans le cas de Piccini, les ovaires, fortement augmentés de volume, adhérents au péritoine pelvien, étaient transformés en un sac rempli de sang.

Les trompes s'enroulent autour du pédicule utérin et subissent un allongement considérable qui put atteindre 11 centimètres dans un cas de Richelot. L'enroulement

entraîne des tiraillements, des rétrécissements, des oblitérations à des degrés divers de la cavité tubaire. Tout ceci explique la fréquence des lésions annexielles. Souvent même, en dehors des cas de rétention menstruelle les trompes sont dilatées, transformées en de véritables sacs remplis de sang ou d'un liquide brunâtre (Schou, Pick, Faure, Meredith, Johannowsky et Wertheim).

Les ligaments larges plus ou moins entraînés dans la portion utérine sont presque toujours épaissis et œdématiés (Polak-Micheli), parfois même infiltrés de sang (Wertheim). Aussi, présentent-ils un tissu mou, friable, sur lequel les ligatures tiennent mal, d'où la possibilité d'hémorragies secondaires, comme dans le cas de Micheli.

Les lésions péritonéales varient suivant qu'il s'agit d'une torsion brusque ou bien d'accidents ayant une évolution chronique. Dans le premier cas, on trouve presque toujours de l'ascite libre. L'épanchement peut être simplement séreux (Frommel, Micholitsch, Toth, Wertheim), souvent il est teinté de sang ou même franchement hémorragique (Holst, Stratz, Schultze, Pick, Schroeder, Polak).

Les adhérences font souvent défaut ou se réduisent à des filaments sans résistance. L'épanchement peut être abondant et atteindre 4 litres (Schultze).

Si la torsion a été lente et progressive, l'ascite manque le plus souvent. Par contre, les adhérences sont nombreuses et puissantes qui relient la tumeur utérine aux organes voisins. On en a observé, avec l'épiploon (Pick, Toth, Holowko, Timmers, Polak, Schultze, Switalski), avec l'intestin grêle (Pick, Toth, Timmers, Siebers, Polak, Switalski), avec le colon transverse (Holowko), avec la vessie et le rectum (Ehrendorfer, Johannoswky), avec la paroi abdominale (Timmers, Mérédith, Switalski) ; par leur étendue et leur solidité, ces adhérences peuvent créer de réelles difficultés opératoires. Elles assombrissent le pronostic général de la maladie.

En dehors des cas où elle adhère ainsi à la tumeur, la

vessie peut, quelquefois, être entraînée dans le mouvement de torsion de l'utérus. Il en résulte naturellement des troubles fonctionnels très marqués. Citons à ce propos les cas de Goffe et de Johannowsky, dans lesquels la vessie avait suivi le déplacement utérin et subi une compression.

Pour l'étude anatomique des lésions amenées par la torsion, tant des pédicules fibro-utérins que des pédicules utérins au cours de la grossesse, nous nous reportons aux travaux parus à ce sujet (Lepage et Mouchotte, Blanchard, Th. de Paris, 1908, etc.), n'ayant pu en observer aucun cas personnel.

SYMPTOMES CLINIQUES

Le tableau clinique et l'évolution des accidents diffèrent suivant qu'il s'agit d'une torsion brusque aiguë ou d'une torsion s'effectuant d'une manière lente et progressive.

1° *Torsion aiguë.* — La torsion aiguë est marquée par un début le plus souvent brusque, dramatique en quelque sorte, rappelant celui de l'hématocèle péri-utérine.

Le premier symptôme est en effet une DOULEUR BRUSQUE qui siège d'abord dans le bas-ventre et s'irradie rapidement dans tout l'abdomen. L'acuité de cette douleur peut être considérable et aller jusqu'à la syncope.

En même temps que cette douleur, ou lui succédant presque immédiatement, apparaissent les VOMISSEMENTS. D'abord alimentaires, ils deviennent rapidement bilieux et porracés et la malade présente alors le tableau clinique classique du péritonisme avec la douleur abdominale intense continuellement exacerbée par les hoquets incessants et les contractions continuelles de la paroi que provoquent les efforts de vomissement.

L'ÉTAT GÉNÉRAL, LE POULS, LA TEMPÉRATURE présentent des modifications parallèles. La face est pâle, le nez pincé, la malade est dans un état de faiblesse extrême et la syncope est imminente. La respiration est précipitée, superficielle. Le pouls est petit, dépressible, rapide, atteignant 120, 130, 140 et plus à la minute.

MAIS LA TEMPÉRATURE RESTE HABITUELLEMENT NORMALE OU NE PRÉSENTE QU'UNE LÉGÈRE ÉLÉVATION.

Cette discordance du pouls et de la température a ici une valeur considérable sur laquelle nous ne saurions trop insister.

La pathogénie de ces symptômes de la torsion aiguë est assez obscure. Observés au bout de quelques jours on pourrait incriminer des phénomènes péritonéaux. Mais lorsque quelques heures à peine se sont écoulées il serait difficile d'accepter une pareille interprétation. D'ailleurs les opérations précoces pratiquées par nombre d'auteurs ont montré nettement que cette complication ne saurait être invoquée. Il nous faut donc admettre que les troubles constatés sont dus à des phénomènes d'irritation nerveuse. La torsion détermine, en effet, des tiraillements, des compressions, des irritations des nerfs du pédicule qui viennent du plexus solaire. Il en résulte des excitations vives qui, transmises aux centres, causent un ébranlement de tout le système nerveux. Ainsi pourrait s'expliquer cette foule d'actes réflexes, vomissements, modification du pouls, troubles vaso-moteurs.

A cette même théorie, nous rattacherons également les vomissements fécaloïdes précoces que signalent quelques observateurs et qui semblent plus souvent en rapport avec les spasmes intestinaux qu'avec l'occlusion vraie, bien que celle-ci ait été signalée dans plusieurs observations.

Ne trouvons-nous pas ici une véritable analogie avec les symptômes bien connus du pincement latéral dans la hernie crurale étranglée. L'obstruction réelle n'existe pas, le passage aux gaz et aux matières est rétréci sans doute mais perméable. Seule la contracture intestinale et l'ensemble des réflexes peut justifier les symptômes observés.

Si les symptômes fonctionnels sont sensiblement identiques dans presque tous les cas de torsion suraiguë, il n'en est pas de même des signes physiques.

Trois types se présentent à l'observation.

Dans le 1er : C'est un ventre absolument contracturé, contracture qu'exagère le moindre attouchement.

On ne peut rien palper ; tout au plus peut-on constater une douleur exquise, mais à siège largement étendu, un tympanisme sans caractère spécial.

Et quant au TOUCHER VAGINAL si l'on a la pensée de le faire il ne renseigne en rien, il est douloureux, c'est tout.

Dans le 2e *type*, le ventre permet un *vague* palper.

Sans pouvoir rien délimiter comme point de départ précis, on sent, dans le bas-ventre, plus ou moins haut, plus ou moins distant ou rapproché de la ligne médiane, un quelque chose de résistant.

Si la malade est une inconnue, si rien n'attire spécialement l'attention sur son passé gynécologique, si rien en un mot n'apprend que la malade était porteuse d'un fibrôme, toutes les erreurs de diagnostic se produisent forcément et fatalement.

Parmi les nombreux exemples de ce fait prenons-en quelques-uns.

« VILLARD est appelé brusquement auprès d'une malade « pour appendicite aiguë avec abcès de la fosse iliaque « droite.

« L'opération montre un gros plastron péritonéal com- « primant le cœcum et dissimulant un fibrôme de la corne « utérine droite tordu et fixé aux parties molles. » (In th. Pellanda).

« VALLAS opère d'urgence de nuit une malade chez la- « quelle des accidents aigus avaient fait diagnostiquer une « rupture de grossesse tubaire avec inondation péritonéale. « La laparotomie montre un fibrôme tordu avec périto- « nite. » (In th. Pellanda).

LAMARRE rapporte l'observation d'une femme de 53 ans prise subitement d'accidents d'occlusion intestinale aiguë avec « constipation absolue, douleurs, ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes. La malade meurt sans intervention, à l'autopsie on trouve un fibrôme à pédicule tordu comprimant l'S iliaque ».

Dans un 3e *type*, le plus rare, il faut bien l'avouer, on a

la bonne fortune d'avoir tout à la fois et la connaissance antérieure précise d'un fibrôme préexistant et la possibilité d'un palper.

On pourra arriver au diagnostic en tenant compte des données suivantes : si un examen antérieur a permis de reconnaître l'existence de la tumeur, d'en préciser la forme et la situation, on constatera que ces caractères se sont modifiés en même temps que sont apparus les symptômes fonctionnels provoqués par la torsion. On remarque dans ce cas que la tumeur a changé de position, d'ordinaire elle paraît plus fixe, plus rapprochée du plan médian, plus volumineuse et plus molle.

La diminution de la mobilité tient à la torsion, la longueur du pédicule se trouve en effet réduite de sorte qu'il ne permet plus le ballottement de la tumeur. Le rapprochement du plan médian est également la conséquence directe de ce raccourcissement du pédicule. Quant à l'augmentation de volume et au ramollissement, ce sont les conséquences de la congestion et de l'œdème dus à la gêne de la circulation de retour.

A côté de ce début suraigu, la torsion, bien que brusque, peut revêtir une allure moins dramatique, bien que très inquiétante encore.

Une femme, sujette depuis un certain temps à des ménorragies ou des métrorragies, ressent (le plus souvent au moment de ses règles) des douleurs plus vives qu'à l'ordinaire. Ces douleurs, un jour donné augmentent rapidement d'intensité, s'étendent à tout l'abdomen. Bientôt, surviennent des vomissements muqueux ou bilieux, le ventre se météorise, le pouls s'accélère, mais LA TEMPÉRATURE RESTE NORMALE.

L'examen montre, comme précédemment, une tumeur juxta-utérine, le plus souvent immobile et douloureuse à la pression.

Que le début soit aigu ou suraigu, l'évolution des accidents abandonnés à eux-mêmes est assez variable. Il est

difficile de la préciser faute de faits suffisamment nombreux et bien observés.

Dans presque tous les cas rapportés, en raison des symptômes graves du début, la malade a été opérée presque immédiatement avec un diagnostic plus ou moins erroné. Il nous est donc impossible de savoir ce que seraient devenues ces lésions livrées à elles-mêmes. Sans doute, dans quelques cas où l'on n'est pas intervenu de suite, soit qu'on ait hésité, soit que la malade ne soit venue qu'après coup, on a pu constater qu'à ces symptômes bruyants du début succède une période d'accalmie.

La douleur et les vomissements diminuent, le pouls se ralentit ainsi que la respiration, le ventre devient plus souple. L'exploration devient alors plus facile et permet de reconnaître plus exactement les rapports de la tumeur, et parfois même, comme dans le cas de Stratz, « de sentir « qu'elle est unie par un cordon induré et douloureux à « l'utérus dont le volume ne paraît pas augmenté ».

Dans quelques cas cette amélioration est durable, la douleur disparaît complètement et tout rentre dans l'ordre, la tumeur s'étant probablement détordue, comme dans les cas de Terrillon et de Duhrssen.

D'autres fois, l'affection évolue par crises ou par rechutes, tout en conservant une allure aiguë avec poussées douloureuses successives attirant toujours l'attention sur la lésion. Tel est le cas de Timmers. Pendant 1 mois la malade eut plusieurs accès aigus avec tendance au collapsus entrecoupés par de courtes rémissions . A l'ouverture du ventre, on trouva un très gros myome en partie gangréné et offrant une foule d'adhérences avec la paroi abdominale, l'intestin et l'épiploon. L'utérus était tordu sur son axe de 180°. On pratiqua l'hystérectomie totale et la malade guérit.

Parfois aussi, après un début aigu, survient une longue période d'accalmie, puis la torsion prend la forme chronique et évolue lentement. Dans la plupart des cas, la rémission qui suit les accidents du début est de très courte durée.

Après une accalmie de quelques heures, les crises douloureuses reparaissent et avec elles les vomissements, le refroidissement des extrémités, la tendance au collapsus et aux syncopes. L'état général s'aggrave bientôt et si on n'intervient pas tout se termine par la mort au bout de quelques jours soit par péritonite (Cappie Vincent), soit par occlusion intestinale (Pick, Lejonne et Milanoff, Fercy Paton, Lamarre et Luys), soit exceptionnellement par hémorragie interne.

Ces terminaisons rapidement mortelles se rencontrent surtout dans les torsions pédiculaires, mais elles peuvent exister dans les torsions axiales. Telle est la malade de Kustner qui succomba après 8 jours de maladie le lendemain de son admission dans le service de ce chirurgien et avant d'avoir pu être opérée.

2° Torsion lente. — Dans la forme lente, chronique, la torsion affecte des allures cliniques très variables.

Parfois tout se borne aux symptômes ordinaires d'un fibrôme utérin. La torsion se produit sans que la malade ni le médecin se doutent qu'une complication soit survenue dans l'évolution de la tumeur. L'opération seule permet de constater l'existence d'une torsion axiale ou pédiculaire.

Ainsi chez une des malades dont nous rapportons l'observation, tous les symptômes s'étaient bornés à des hémorragies accompagnées de douleurs peu caractéristiques ; l'examen avait montré seulement une tumeur juxta utérine, assez mobile, dont les mouvements se transmettaient en partie à l'utérus. Nous avions pensé à un fibrôme tout à fait normal. Aussi fûmes-nous très étonnés de trouver à l'opération un pédicule tordu une fois sur lui-même. Vercoutre, Imbert, Pean, Walther, Guillot ont rapporté des observations analogues.

Cette latence complète se rencontre dans les torsions pédiculaires comme dans les torsions axiales : ainsi dans les cas de Kreutzmann et de Demantke tout s'était borné

aux signes habituels d'un fibrôme banal. La torsion axiale fut reconnue seulement à l'opération.

Ordinairement, tout en restant toujours assez vagues, les signes cliniques sont plus accusés. D'abord il s'agit souvent de femmes atteintes de tumeurs abdominales depuis longtemps : La malade de Schwartz avait sa tumeur depuis 3 ans. Celle de Koeberle depuis 5 ans. Celle de Kustner depuis 15 ans. Celles de Virchow et de Timmers depuis 20 ans. Celles de Semmelink et de Bouisson-Walther depuis 22 ans. Chez toutes ces malades depuis le début il n'y a ni souffrances vives, ni troubles fonctionnels bien marqués. Un jour, sans cause appréciable, la malade ressent des douleurs plus vives que d'habitude, de véritables coliques qu'elle attribue soit à ses règles, soit à des troubles digestifs. Ces douleurs s'accompagnent bientôt d'une rapide augmentation de volume du ventre, suivant l'expression de la malade. Souvent aussi on voit apparaître à ce moment d'autres symptômes dus au déplacement des organes voisins. Ce sont surtout des troubles de la miction et de la défécation.

Johannowsky, Schultze, Ehrendorfer ont insisté avec raison sur la fréquence des troubles de la miction qui se rencontrent surtout dans les torsions axiales, tandis que les troubles de la défécation, constipation opiniâtre avec débâcles diarrhéïques, s'observent surtout dans les torsions pédiculaires.

L'examen physique de la malade est toujours beaucoup plus facile dans ces formes lentes que dans la forme aiguë.

En général on arrive assez facilement à sentir une tumeur plus ou moins volumineuse en rapport intime avec l'utérus. Celui-ci est presque toujours fortement déplacé. On le trouve en ante, retro ou latero version, mais surtout il est fortement élevé, comme aspiré, de telle sorte que le col devient presque inaccessible au toucher.

La mobilité de la tumeur et ses rapports avec l'utérus sont très variables.

La torsion ne semble pas influer sur la mobilité relative de la tumeur. Elle peut être très largement mobile, elle peut être absolument immobile. Ce sont là variétés que nous expliquent la longueur ou la brièveté du pédicule, l'existence ou non d'adhérences.

La consistance de la tumeur, quand on peut l'apprécier, est variable suivant les altérations et les troubles de nutrition qu'elle présente. Habituellement, cette consistance est élastique, ou même pseudo-fluctuante, à cause de l'œdème et de l'infiltration des tissus. Presque toujours, la tumeur est douloureuse et sensible à la palpation.

NOUS CROYONS DONC POUVOIR FORMULER COMME UNE SORTE D'AXIOME QUE LA COMPARAISON ATTENTIVE, MÉTICULEUSE, DU PASSÉ AU PRÉSENT, POURRA SEULE PERMETTRE UN DIAGNOSTIC PROBABLE.

Cette comparaison porte sur les changements qui indiquent nettement un déplacement de la tumeur. Ils consistent surtout :

1° En une modification de la position et de l'orientation de la tumeur ;

2° En diminution de sa mobilité ;

3° En une augmentation relativement rapide de son volume ;

4° En ramollissement de sa consistance ;

5° En une sensibilité plus grande à la pression.

Les trois derniers caractères sont inconstants et ont moins d'importance que les deux premiers.

L'évolution de ces torsions chroniques est toujours très lente. Dans quelques cas, les symptômes restent longtemps peu marqués et peuvent finir par disparaître complètement. La torsion est assez peu serrée pour ne pas arrêter suffisamment la nutrition de la tumeur qui peut subir une dégénérescence fibreuse ou calcaire ou même s'atrophier en partie. La torsion, dans ces cas, constitue en général une trouvaille d'autopsie (VIRCHOW, VERCOUTRE et SIBUD).

Habituellement, l'évolution est moins bénigne, la torsion

devenant de plus en plus serrée. Les symptômes s'aggravent alors progressivement, l'état général s'altère et si on n'intervient pas, la mort survient soit lentement par affaiblissement progressif et cachexie, soit brusquement comme dans la forme aiguë par péritonite ou occlusion intestinale.

3° Torsion a poussées successives. — Entre les formes aiguë et chronique, peuvent se rencontrer tous les intermédiaires, notamment une forme sub-aiguë à répétition, caractérisée par des crises aiguës séparées par de longues périodes d'accalmie pendant lesquelles les symptômes s'atténuent ou disparaissent complètement. D'ordinaire, dans ce cas, l'affection abandonnée à elle-même se termine par une crise grave susceptible d'entraîner la mort si on n'intervient pas. Le type de cette forme est fourni par une observation de Heurteaux :

« Une femme de 48 ans, jusque-là bien portante, se plaint pendant plusieurs années de crises douloureuses, survenant irrégulièrement, à intervalles de deux ou trois mois, durant de quelques heures à quelques jours et s'accompagnant de nausées, de vomissements et de constipation. Au bout de trois ans, survint une crise plus violente au cours de laquelle l'examen fit reconnaître une tumeur que l'on diagnostiqua kyste de l'ovaire à pédicule tordu. L'opération montra un fibrôme rattaché à la corne gauche de l'utérus par un pédicule de 5 à 6 centimètres complètement tordu sur lui-même. »

Delaunay, Ferry, Boursier ont rapporté des observations analogues ainsi que Frommel, dans un cas où il s'agissait de torsion axiale de l'utérus.

Nous venons de décrire les trois types classiques suraigu, chronique, à poussées successives, avec les types cliniques qui constituent les intermédiaires entre ces trois grandes formes. Il semble de leur lecture que toutes les fois qu'un fibrôme tordu n'a pas entraîné la mort dans les quelques jours qui ont suivi l'éclatement des symptômes, le calme

soit acquis pour toujours ou tout au moins pour de longs mois.

4° Forme. — *Forme insidieuse.* — Pour nous, il n'en est pas ainsi, il est une forme que nous appellerons forme insidieuse et dont l'observation n° 1 de Campenon que nous rapportons, nous révèle nettement l'existence. La malade qui fait l'objet de cette observation a été suivie par nous du jour de son entrée jusqu'au jour de sa sortie de l'hôpital ; c'est ce qui nous permet d'insister sur cette observation qui, à notre avis, présente un intérêt considérable.

Le début a été net, la malade a été prise subitement de douleurs violentes, de réaction péritonéale, digestive, cardiaque. Mais le tout n'a été intense que pendant quelques heures. Peu à peu, en 12, 24 heures au plus, tout rentre dans l'ordre. A peine s'il survit encore une vague douleur locale soit spontanée, soit surtout aux mouvements et à la pression. Nous ne trouvons pas ces poussées douloureuses successives sur lesquelles nous insistions plus haut. Tout est calme, tout semble terminé.

Cependant l'œuvre de mort poursuit sa marche, le fibrôme se sphacèle, sa surface devient suppurente, la péritonite générale est imminente et seule l'opération permet de constater ce danger imminent que rien ne révélait.

Tel est le fait qui se dégage de l'observation que nous rapportons. Nous n'hésitons pas à croire que plus d'une des observations qui signalent des morts rentrent dans cette forme que nous tenons à bien mettre en lumière car elle présente, à notre avis, une importance considérable et pour le pronostic et pour le traitement.

Torsion au cours de la grossesse. — Comme nous l'avons déjà vu, les torsions au cours de la grossesse sont rares. Nous n'en avons trouvé que 25 observations, dont 13 cas de torsions pédiculaires et 12 cas de torsions axiales de l'utérus. Dans tous les cas où les antécédents puerpéraux ont été notés, il s'agit de primipares. La torsion survient surtout pendant la première moitié de la grossesse surtout au troi-

sième et au quatrième mois. Elle peut s'observer exceptionnellement dans la deuxième moitié, au sixième mois, dans le cas de Routier, au septième dans celui de Maygrier.

Le plus souvent, les accidents débutent brusquement par une douleur vive accompagnée de signes de péritonite. Ce début brusque est suivi d'une période d'accalmie habituellement de courte durée et qui peut masquer de graves complications. C'est en particulier le sphacèle de la tumeur avec péritonite consécutive comme dans le cas de Cappie, forme qui semble bien rentrer dans celle que nous venons de décrire sous le nom de forme insidieuse.

Plus rarement, comme dans l'observation de Lepage et Mouchotte, la torsion revêt une allure sub-aiguë avec crises séparées par des périodes d'accalmie presque complète. Tous les symptômes de la torsion au cours de la grossesse ont été décrits tant dans la thèse de Blanchard que dans l'article de Lepage et Mouchotte ; nous ne voudrions pas y insister ici.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est toujours très difficile : cela s'explique par ce fait que la torsion d'un fibrôme, qu'il soit à pédicule fibro-utérin ou à pédicule utérin, ne se traduit par aucun signe pathognomonique.

Elle donne lieu, en effet, à un ensemble de symptômes qu'on peut rencontrer dans un grand nombre d'affections ; en particulier dans la torsion des différentes tumeurs pelviennes.

Si le chirurgien a suivi la malade avant les accidents de torsion, s'il sait qu'elle est atteinte d'un fibrôme sous-séreux, le diagnostic sera facilité. Si, au contraire, il voit la malade pour la première fois, le diagnostic sera presque impossible surtout pour les torsions aiguës.

Dans ce cas, le diagnostic peut se présenter de deux façons : ou bien la malade a une histoire abdominale antérieure que l'interrogatoire nous révélera, ou bien il n'y a pas d'histoire.

La malade a une histoire antérieure qui est celle du fibrôme : elle a eu des métrorragies survenant au moment des règles, elle a eu des règles en trop depuis un certain nombre d'années : règles exagérées, tantôt en durée, tantôt en quantité.

Telle malade perdait auparavant 3 ou 4 jours, depuis 5 ou 6 ans, elle perd pendant 8, 10 jours, règles traînant parfois, se terminant lentement, persistant pendant plusieurs jours sous forme de quelques gouttes de sang quotidiennes. Telle

autre, au contraire, continue à ne perdre que le même temps, mais l'abondance des règles est beaucoup plus considérable depuis un certain temps qu'en général la malade peut préciser.

Mais il est relativement fréquent, dans les cas de fibrômes sous-séreux, de ne pas trouver cette histoire de règles. De plus, il est souvent difficile, dans les cas de torsions aiguës, d'obtenir d'une malade profondément choquée, des réponses exactes à un interrogatoire serré.

Le premier point à élucider alors est de rechercher si les symptômes accusés par la malade sont dus à la torsion d'un viscère pelvien ou s'il faut les attribuer à une colique néphrétique, à une appendicite, à un étranglement interne, à une hématocèle ou à la rupture d'une salpingite. En un mot, il faut faire le diagnostic de cette douleur brusque, subite, cataclysmique et passer en revue toutes les causes qui peuvent la produire. Ce diagnostic différentiel sera forcément très délicat dans tous les cas où l'examen physique ne permettra pas de sentir nettement la tumeur par suite de la défense abdominale, ou du météorisme.

Les *Coliques néphrétiques* avec leur retentissement douloureux sur les points déclives de l'abdomen peuvent assez bien simuler le tableau clinique d'une torsion pelvienne. La connaissance des antécédents, l'examen des urines, les irradiations spéciales de la douleur, la recherche exacte des points douloureux jointe au toucher vaginal et au palper bimanuel, lèveront ordinairement tous les doutes. Cependant, rappelons que l'on a signalé la sensation de cordon dur et douloureux que peut donner l'uretère au toucher vaginal, sensation qui a pu donner l'impression d'un pédicule tordu.

L'*appendicite* est souvent difficile à éliminer, dans les cas où l'examen ne montre pas nettement une tumeur. Tout prête à confusion, en effet : les poussées douloureuses antérieures, le début fréquent des accidents au moment des règles, la localisation de l'empâtement à un des côtés du

bassin, l'état douloureux et la distension du cul-de-sac vaginal correspondant.

Aussi, à plusieurs reprises, l'erreur a été commise, notamment dans le cas de Delaunay, Bouisson-Walther, Villard, Maygrier, Ferrand, Pillet.

Le diagnostic peut être d'autant plus difficile qu'un fibrôme pédiculé, placé à droite et au-dessus de l'utérus entouré d'adhérences péritonéales, peut en imposer pour le cæcum et pour un plastron appendiculaire. Tel est le cas de Delaunay où il y avait dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse et rénitente qui fut prise pour le cæcum ; c'est encore le cas de Villard, où un fibrôme tordu, entouré d'adhérences péritonéales, fut pris pour un abcès appendiculaire.

L'appendice lui-même peut d'ailleurs être englobé dans ces adhérences et participer en quelque sorte à la lésion. La symptomatologie qui en résulte devient forcément très troublante comme dans le cas de Pillet que nous rapportons.

Cependant, en cas de torsion, le siège de la douleur, l'absence habituelle d'élévation de température et surtout l'examen physique soigneux devraient conduire à des doutes.

Dans sa forme ordinaire, la torsion se distingue assez facilement de l'*étranglement interne*. L'arrêt des matières et des gaz est moins prononcé, les vomissements sont plus rarement fécaloïdes, les anses intestinales ne font pas saillie sous la peau.

Mais il ne faut pas oublier que certaines torsions s'accompagnent de constipation très opiniâtre par paralysie intestinale, ou même d'occlusion vraie par compression ou déplacement de l'intestin. Le diagnostic est alors extrêmement difficile à faire avec les autres causes d'occlusion, et en particulier avec l'occlusion due à une compression de l'intestin par une tumeur non tordue. L'erreur a été commise dans les cas de Pick, Lejonne et Milanoff, Fercy Paton, Lamarre, Luys.

L'*avortement tubaire* et l'*hématocèle péri-utérine* sont sou-

vent très difficiles à distinguer, surtout lorsque la torsion s'accompagne d'un abondant épanchement de sang dans le péritoine. Tels sont les cas de Steinbuckel, Turner, Martin, Homans, Stratz, Schroeder.

Cependant, l'avortement tubaire et l'hématocèle sont toujours précédés d'une période dans laquelle la malade présente un arrêt ou une diminution des règles et des signes réflexes de grossesse. L'examen montre le col ramolli et entr'ouvert, le cul-de-sac de Douglas fortement déprimé et l'utérus entouré d'une masse molle, mal limitée dans laquelle on ne peut déterminer les contours d'une tumeur.

De même, la diffusion des lésions et l'impossibilité de limiter nettement une tumeur permettent habituellement de distinguer les diverses variétés de pelvi-péritonite. Dans ces cas, le plus souvent, il s'agit d'une salpingite qui, ordinairement, a eu une histoire clinique antérieure : pertes blanches, douleurs abdominales diurnes et nocturnes, poussées fébriles, passagères, accompagnant une recrudescence de symptômes pelviens, etc.

Après avoir éliminé ces diverses causes d'erreur et reconnu qu'il s'agit d'une tumeur tordue, il faut encore rechercher si cette tumeur est un fibrôme utérin ou bien une tumeur de l'ovaire. Cette partie du diagnostic est presque toujours très délicate surtout quand la malade n'a pas été examinée antérieurement et qu'il s'agit d'une torsion aiguë avec contracture abdominale et météorisme. Dans ces cas, il faudra tenir grand compte des renseignements fournis par la malade sur l'état de ses règles. C'est alors que cet interrogatoire prend toute son importance. Le fibrôme s'accompagne généralement, comme nous l'avons dit, d'une histoire de règles bien nettes, le kyste de l'ovaire, au contraire, s'il s'accompagne de troubles menstruels, parfois, ne présente jamais la même régularité dans les métrorragies.

Malgré tout, dans ces cas, on fait presque toujours comme le prouvent les observations, le diagnostic de torsion d'un

kyste de l'ovaire en raison de la fréquence beaucoup plus grande de l'affection.

Dans la forme lente accompagnée de peu de réaction, le diagnostic est moins difficile. Le plus souvent, l'examen permettra de délimiter la tumeur, d'apprécier sa consistance et ses rapports avec l'utérus. Le kyste de l'ovaire présente habituellement une consistance plus élastique, il est plus mobile et ses déplacements ne se transmettent pas à l'utérus. De plus, la tumeur dévie toujours beaucoup l'utérus qui est en ante ou latéro-version très marquée.

Le fibrôme présente, quand il n'est pas trop œdématié, une consistance plus ferme, il est moins mobile et ses déplacements se transmettent à l'utérus à moins que son pédicule ne soit très long. L'utérus peut être déplacé latéralement, mais habituellement il est surtout élevé, entraîné en quelque sorte par le développement de la tumeur, si bien que le col est souvent presque inaccessible au doigt.

L'existence d'un souffle systolique, au niveau du pédicule, constitue un signe important en faveur du kyste de l'ovaire, signe sur lequel Moure insiste beaucoup dans sa thèse ; par malheur, ce signe est très inconstant.

L'*hystéromètre* nous fournit, au contraire, des renseignements précieux. Tout fibrôme utérin provoque une augmentation de la cavité utérine ; cette cavité, normalement, ne dépasse pas 6 centimètres, lorsque l'hystéromètre, soit dur, soit malléable, montre qu'elle atteint 7, 8, 10, etc... centimètres, cette augmentation doit être vraisemblablement en rapport avec l'existence d'un fibrôme, c'est là un fait des plus importants dont la constance, si elle n'est pas absolue, est au moins telle que l'on peut la considérer comme d'une grande valeur diagnostique.

Tous les signes différentiels que nous venons d'énumérer sont donc ou inconstants, ou difficiles à constater nettement, seule l'hystérométrie semble avoir une valeur, mais si la constatation de l'augmentation de la cavité utérine permet de songer à un fibrôme, la constatation d'une cavité

de longueur normale ne permet pas, *à priori*, d'éliminer un tel diagnostic.

Aussi, dans presque tous les cas où une torsion a été reconnue, le chirurgien a pensé à un kyste de l'ovaire plutôt qu'à un fibrôme. L'erreur a été commise notamment dans les cas de Heurteaux, Routier, Walther, Fritsch, Friedel-Pick, Holst, Boursier, Ribemont-Dessaignes et Grosse, David, Campenon, Pillet.

A côté de ces cas, où la torsion lente donne lieu à des symptômes assez nets, et où on hésite surtout entre la torsion d'un kyste et celle d'un fibrôme, il en est d'autres où la lenteur de la torsion et le peu de gravité des symptômes ne permettent pas de penser à une torsion.

Dans la plupart de ces cas, on fait le diagnostic de fibrôme simple ou de fibrôme accompagné de salpingite. Cette erreur a été commise un grand nombre de fois, notamment dans les cas de Imbert-Tedenat, Schwartz-Mermet, Péan-Delaunay, Pilliet, Ferroni, Demantke, Guillot-Walther, Boursier, Quenu, Piquand.

C'est seulement dans les cas de Duhrssen, Schwartz, Martin-Christoffer, Ferrand, Lepage et Mouchotte, que le diagnostic de fibrôme tordu a pu être porté avant l'opération.

Si l'on a pu porter le diagnostic de torsion de fibrôme, il faut rechercher si cette torsion porte sur un pédicule fibro-utérin ou sur un pédicule utérin, les symptômes étant très analogues dans les deux cas.

La torsion axiale de l'utérus peut cependant se reconnaître à deux signes très importants, et bien mis en lumière par Faure et Quenu, à la Société de Chirurgie en 1903. Ce sont :

1° L'impossibilité de pratiquer le cathétérisme utérin ;

2° S'il s'agit d'une femme jeune, la suppression des règles.

Malheureusement, ces deux signes sont très inconstants et exposent à de nombreuses erreurs. Lorsque la torsion

n'est pas serrée, le canal cervical reste perméable et l'hystéromètre peut pénétrer jusqu'au fond de l'utérus. Il est juste de reconnaître cependant que dans la majorité des cas, la torsion est assez serrée pour que l'hystéromètre ne puisse dépasser le niveau de l'isthme utérin. Ainsi, dans le cas de Meredith, l'hystéromètre ne pouvait pénétrer que de 2 centimètres et demi, dans celui de Winter, de 1 centimètre et demi. Mais, comme le fait remarquer Van Holst, il peut se produire une autre cause d'erreur : le col utérin étant allongé, l'hystéromètre bien qu'arrêté au niveau de la torsion, pourra indiquer une longueur suffisante pour faire croire à la perméabilité de la cavité utérine. L'observation de Timmers est typique à ce sujet, l'hystéromètre, dans son cas, donna une longueur de 5 centimètres 1/2, or, cette cavité appartenait exclusivement au col, l'isthme de l'utérus était complètement oblitéré par la torsion.

La suppression des règles est un phénomène très inconstant, et qui dépend également du degré de torsion. Est-elle très serrée, il n'y a plus aucune communication entre la cavité du corps et le col, les règles sont totalement supprimées et le sang s'accumulant au-dessus de l'obstacle distend la cavité utérine et donne lieu à une hématométrie plus ou moins volumineuse. Mais cette suppression totale des règles n'est signalée que dans un petit nombre d'observations (Meredith, Smith, Kuster, Johannowsky, Semmeling, Faure et Quenu). Le plus souvent, le canal cervical garde une perméabilité suffisante pour permettre le suintement du sang menstruel. Dans ces cas, les règles apparaissent lentement, difficilement et chaque époque menstruelle débute par une crise douloureuse souvent très violente.

Johannowsky indique un autre symptôme qui permettrait de distinguer la torsion axiale d'une simple torsion pédiculaire, c'est la position des annexes. Nous avons vu, en effet, qu'en cas de torsion axiale, un des ovaires est gé-

néralement en avant et l'autre en arrière dans le cul-de-sac de Douglas. Si donc, par le toucher et le palper bimanuel, on peut sentir les annexes à cette place anormale, on pourra admettre une torsion axiale. Nous n'insisterons pas sur les difficultés d'une pareille constatation, et nous nous contenterons de remarquer qu'elle n'est signalée dans aucun cas comme ayant permis de poser le diagnostic.

Un fait plus important nous est fourni par les troubles des viscères pelviens. Dans la torsion axiale, les troubles de la miction sont plus fréquents et plus prononcés que dans les cas de torsion pédiculaire. La rotation de l'utérus, nous l'avons vu, détermine assez souvent des déplacements et des coudures de la vessie et des uretères pouvant produire des troubles urinaires importants. Ces faits sont signalés dans les observations de Sohlein, Johannowsky, Schultze, Winter. Toutefois, ces troubles urinaires ne sont pas constants et n'ont pas des caractères propres. On ne saurait rien conclure de leur absence. Leur présence peut cependant guider, jusqu'à un certain point, le diagnostic. Aussi, sauf dans les cas de torsion axiale très serrée entraînant la rétention menstruelle et l'impossibilité du cathétérisme, le diagnostic entre les deux variétés de torsion est pour ainsi dire impossible à affirmer.

En résumé donc, nous sommes obligés de conclure que, à moins de renseignements antérieurs, nets, dans la majorité des cas, le diagnostic sera impossible, que, dans quelques cas, il pourra être soupçonné, et que rarement seulement, il pourra être nettement porté.

PRONOSTIC

Exposer le pronostic, c'est résumer pour ainsi dire les faits anatomiques et symptomatiques qui précèdent.

Sans doute, comme nous l'avons vu, certains cas à torsion essentiellement lente sans symptômes, ou à peine, pouvons-nous dire, ont pu conduire soit à de simples adhérences péritonéales, soit à une sorte de guérison par calcification, comme dans les cas de Vercoutre, Goullioud, Sibud et Ferrand. Mais toutes les fois que la torsion s'est révélée, soit bruyamment dès son début, soit progressivement dans son évolution, par les symptômes cliniques que nous avons énoncés plus haut, sa marche fatale vers la gangrène, la suppuration, la rupture hémorragique est chose certaine.

Peu importe que les accidents se précipitent d'emblée (forme classique de la torsion suraiguë), qu'ils évoluent un peu plus lentement (forme classique sub-aiguë) ou même par à-coups successifs (forme classique à poussées successives), peu importe même qu'après quelques heures d'intensité extrême ils fassent place à un calme absolu (forme insidieuse). Toujours DÈS QUE LE COUP DE GONG INITIAL A RETENTI LA MALADE EST ET DEMEURE EN PUISSANCE DE MORT IMMINENTE.

Nous venons de voir quelles sont les rares chances de survie qu'offre le fibrôme à pédicule tordu dont on resterait simple spectateur. Voyons maintenant quelles sont, suivant les différents cas, les chances opératoires offertes au chirurgien. Après le pronostic de la torsion voyons donc le pronostic opératoire.

Ce pronostic dépend avant tout de la forme clinique : dans les formes chroniques lorsque l'intervention est précoce la tumeur, n'ayant pas contracté d'adhérences et ne présentant pas d'altérations graves, le pronostic n'est pas sensiblement plus grave que celui d'un fibrôme ordinaire.

Dans les formes suraiguës l'intervention même immédiate est aggravée par l'état général et même local que nous avons trop longuement décrit pour que nous ayons à y revenir ici.

L'opération tardive sera toujours essentiellement grave, c'est elle, nous n'hésitons pas à le dire, qui donnera le plus de déceptions. Qu'il nous suffise de rappeler l'évolution anatomique et l'on comprendra facilement que, à 8, 10 ou 15 jours du début, ce ne sera plus seulement un fibrôme plus ou moins altéré que montrera la laparatomie, mais une péritonite septique ! Inutile d'insister.

Si exceptionnellement tout s'est borné à une péritonite adhésive, à des adhérences, à quels dangers le chirurgien n'est-il pas exposé lorsqu'il veut libérer cette tumeur étroitement soudée ici à l'intestin, là à la vessie, ailleurs à l'uretère. Voyons d'ailleurs ce que la statistique nous apporte. Sur l'ensemble de 164 cas que nous avons pu réunir de torsions, soit de fibrôme à pédicule fibro-utérin, soit de fibrôme à pédicule utérin, soit en dehors, soit au cours de la grossesse, nous trouvons un total de 30 morts du fait de la torsion et de ses complications, soit une mortalité globale d'un peu plus de 18 %.

Les cas opérés donnent 13 morts sur 137 opérations, soit près de 8 %.

Les 27 cas non opérés fournissent une mortalité de 63 % directement imputables aux accidents de torsion.

Mais pour tirer de ces chiffres leur valeur réelle au point de vue pronostic et thérapeutique il nous faut entrer dans le détail et étudier :

1° Les fibrômes en dehors de la grossesse ;

2° Les fibrômes au cours de la grossesse.

		Nombre	Guéris	Morts	Pourcentage de la mortalité
Torsion d'un pédicule fibro-utérin en dehors de la grossesse.	Opérés	52	48	4	7,7 0/0
	Non opérés	16	8	8	50 0/0
Torsion d'un pédicule utérin en dehors de la grossesse.	Opérés	63	56	7	11 0/0
	Non opérés	7	2	5	71,4 0/0
Torsion d'un pédicule fibro-utérin au cours de la grossesse.	Opérés	9	8	1	11,11 0/0
	Non opérés	3	»	3	100 0/0
Torsion d'un pédicule utérin au cours de la grossesse.	Opérés	13	12	1	7,7 0,0
	Non opérés	1	»	1	100 0/0
Total général.....		164	134	30	18,6 0/0

TRAITEMENT

Dans le cas de torsion de fibrôme il ne saurait être question ni de traitement médical, ni de temporisation, seule une erreur de diagnostic pourrait les justifier.

Une fois la torsion nettement reconnue ou même seulement franchement suspectée il faut intervenir sans attendre.

Nous ne comptons pas comme intervention la réduction de la torsion par des manœuvres manuelles à travers la paroi abdominale. Malgré l'opinion de Rokitansky et Vercoutre il semble bien délicat d'obtenir une réduction par ce procédé qui suppose une précision extrême du diagnostic non seulement de la torsion, mais aussi de son sens et de son degré.

Aussi conclurons-nous sur cette méthode en disant que bien difficile, si tant est qu'elle soit possible, dans les cas idéalement simples, elle ne sera qu'une cause aggravante s'il existe des adhérences, elle deviendra absolument désastreuse dès que la péritonite sera déclarée et surtout même imminente (forme insidieuse).

Les observations de Kidd et de Koeberle qui, d'ailleurs, ont trait à des kystes de l'ovaire, sont loin d'être démonstratives. Dans le cas de Reinprecht, où on s'efforça sous anesthésie générale, de réduire la torsion d'un fibrôme et de dégager l'utérus gravide, la tentative n'eut aucun succès.

L'intervention chirurgicale s'impose donc et d'autant plus rapide que les difficultés et les dangers croîtront avec le retard apporté à l'opération. La laparotomie constitue

la seule méthode à employer. L'étude des observations publiées ne laisse aucun doute à cet égard.

Une fois le ventre ouvert, s'il s'agit de la torsion du pédicule d'un fibrôme, la méthode de choix consiste à enlever simplement la tumeur après section de son pédicule. C'est là une des occasions d'appliquer la myomectomie abdominale telle que la conseille le professeur Pozzi dans sa magistrale clinique du 9 novembre 1908. S'il n'y a pas d'adhérences l'opération est d'une extrême simplicité, analogue à l'ablation d'un kyste de l'ovaire. Après avoir dégagé la tumeur il est bon de tailler à la base du pédicule une petite collerette péritonéale destinée à recouvrir la ligature. On coupe ensuite le pédicule entre deux pinces, on le lie solidement et on le recouvre de la collerette péritonéale que l'on fixe par quelques points. Le plus souvent une ligature en masse est suffisante. Cependant si le pédicule était volumineux et renfermait de gros vaisseaux, il serait préférable de les lier isolément après avoir mis au-dessous une ligature en masse. Planque rapporte en effet un cas où il y eut une hémorragie abondante, une ligature en masse placée sur un gros pédicule ayant glissé. Pour éviter cet accident il sera aussi préférable d'employer pour cette ligature, la soie ou le fil de lin plutôt que le catgut.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette myomectomie, nous renverrons pour sa technique à l'article cité plus haut du professeur Pozzi dans la presse médicale du 30 décembre 1908. Ce simple enlèvement de la tumeur constitue dans les cas de torsion pédiculaire une intervention bénigne à condition d'être faite de bonne heure. Elle peut devenir très délicate quand la tumeur présente de nombreuses adhérences comme il est de règle quand la torsion remonte à un certain temps.

Les résultats fournis par les statistiques sont très satisfaisants. Sur 35 cas publiés où la myomectomie a été seule pratiquée, nous ne trouvons qu'une mort par péritonite et une autre due à une embolie au 7e jour après l'opération.

Ce sont les cas de Koeberle, Duhrssen, Fritsch, Imbert-Tedenat, Péan-Delaunay, Heurteaux, Timmers, Vallas, Routier, Bouilly et Maygrier, Pollosson et Durand, Valther-Guillot, Roux, Walther-Bouisson, Schwartz et Mermet, Gunther, Aspell, Ferroni, Forster, Boursier (2 cas), Villard, Schwartz, Ferrand, Ribemont-Dessaignes et Grosse, Rosthorn, Tuffier, Lepage et Mouchotte, Bérard, Piquand, Braun von Fernwald, Ammann, Olshausen, Thorn, Brothers.

La myomectomie seule, si elle pare aux accidents immédiats, ne saurait être une opération à recommander que si l'examen attentif de l'utérus que l'on a sous les doigts prouve qu'il est indemne de toute autre lésion fibrômateuse.

Dans le cas où l'utérus présente 1 ou plusieurs autres fibrômes facilement énucléables on peut, comme l'ont fait Schwartz et Boursier, pratiquer l'énucléation de ces tumeurs. Mais en général si l'utérus est atteint il faut sans hésiter faire l'hystérectomie. Si cependant certaines contre-indications, tirées de l'état grave du sujet, de la perte de sang, des adhérences pelviennes, faisaient hésiter, il faudrait au moins pratiquer, comme dans un cas de Schwartz, la castration atrophiante. C'est également à l'opération radicale que l'on aura recours si le pédicule fibro-utérin, par ses caractères anatomiques, rend l'excision hasardeuse ou lorsqu'il y a des lésions annexielles très prononcées.

L'hystérectomie fut ainsi faite par Péan, Ferroni, Wiart, Steinbuckel, Péterson, Martin Christoffer, Douglas, David, Kelli, Van Iterson, Forster, Gunther, Weinberg, Bérard, Pozzi (2 cas), Gayet et Adler, Campenon, Quenu.

L'hystérectomie a été ainsi faite 19 fois avec 17 guérisons et 2 morts. A ces 54 cas, il faut en ajouter 7 autres dans lesquels la nature de l'intervention n'est pas nettement indiquée et qui ont donné 6 guérisons et 1 mort.

Nous trouvons ainsi au total 51 cas d'intervention pour torsion pédiculaire avec 5 morts soit environ 8% de mortalité.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une torsion axiale d'un utérus fibrômateux on doit également s'efforcer autant que possible de conserver l'organe de la gestation après avoir enlevé le fibrôme et réduit la torsion. Malheureusement la chose n'est souvent pas possible : tout dépend du siège de la tumeur, de ses connexions avec l'utérus et de la gravité des lésions constatées au cours de la laparotomie.

Si la torsion est due à un fibrôme pédiculé et si l'utérus n'est pas trop aminci au niveau du point tordu, on pourra d'ordinaire faire une opération conservatrice comme dans les cas de Schultze, Bourcart, Frommel, Schwartz et Ferry, Lepage et Mouchotte.

S'il s'agit de volumineux fibrômes sous-séreux et surtout interstitiels, l'opération conservatrice deviendra beaucoup plus difficile, parfois même impossible. Cependant nous trouvons 10 observations de malades atteintes de fibrômes sous-séreux ayant déterminé la torsion de l'utérus et guéries par la simple myomectomie. Ce sont les cas de Skutch, Imbert, Holst, Schultze, Frommel, Thorn, Sonnenfeld, Semmeling, Ribemont-Dessaignes et Grosse Speath, Schou, Bland-Sutton, Thoms.

Les malades de Skutch, de Speath et de Thorn avaient de gros myomes largement implantés dans la paroi antérieure. Celles de Imbert, de Schultze, de Frommel, de Semmeling, de Kustner, de Holst, des myomes du fond. Celles de Ribemont-Dessaignes et Grosse et de Sonnenfeld des myomes implantés sur la partie latérale gauche de l'utérus. Dans tous ces cas l'énuclation du fibrôme amena la détorsion de l'utérus et fut suivie de guérison.

Là encore nous sommes obligés de citer la clinique du professeur Pozzi et de constater que les excellents résultats fournis par la statistique précédente doivent inciter l'opérateur à pratiquer des interventions conservatrices tant que cela est possible.

Si nous unissons ces 13 cas aux 5 cités plus haut et où il s'agissait de myomes pédiculés nous trouvons en effet 18

cas de myomectomie pour torsions d'utérus fibromateux, tous suivis de guérison.

Nous conclurons donc que c'est à la myomectomie que l'on aura recours de préférence toutes les fois qu'il n'y aura qu'un fibrome facilement énucléable et que la vitalité des parois utérines ne paraitra pas sérieusement compromise.

Dans le cas de Holst, pour éviter le retour du déplacement, l'opérateur compléta son intervention en fixant l'utérus à la paroi abdominale antérieure.

Dans la plupart des cas malheureusement les altérations du tissu utérin sont si profondes que l'ablation de l'utérus s'impose formellement. Elle a été pratiquée dans 46 cas. L'hystérectomie supra-vaginale parait être l'opération de choix et lorsqu'il n'y a pas d'adhérences elle se pratique avec la plus grande facilité. Le col étant élevé, allongé, aminci par suite de la torsion.

Aussi est-ce à l'hystérectomie sub-totale qu'ont eu recours presque tous les chirurgiens. Nous ne comptons pas moins de 40 cas où cette opération fut pratiquée avec 32 guérisons et 8 morts. Ce sont ceux de Weinlechner, Siebers, Meredith, Timmers, Piccini, Goffe, Demantke, Polak (2 cas), Schultze, Kelly, Ludwig, Thoms, Hofmeier, Piccini, Britze, Josselin de Jong, Johannowski (3 cas), Smith, Wertheim, Holowko, Switalski, Micheli, Bland Sutton, Micholitsch, Semmeling, Stratz, Ricard, Faure, Ivanhoff, Richelot, Goullioud, Dickinson, Clément, Pozzi (2 cas), Frommel, Bas.

Erendorfer et Kustner ont fait des hystérectomies à pédicule externe. Enfin Bantock, Toth, Reinprecht, Kreuzmann, Richelot dans 2 cas, ont fait l'hystérectomie abdominale totale.

Parmi les malades ayant subi l'hystérectomie sub-totale la malade de Micheli est morte d'hémorragie, les ligatures placées sur les ligaments larges ayant lâché. Les malades de Weinlechner, de Siebers, de Switalski, d'Ivanoff sont mortes de péritonite.

En résumé nous trouvons ainsi au total 68 cas d'opérations pour torsion axiale d'utérus fibrômateux se décomposant en : 18 myomectomies, 8 hystérectomies totales, 40 hystérectomies sub-totales et deux hystérectomies à pédicule externe. Ces 68 interventions ont donné 60 guérisons et 8 morts.

Le pronostic opératoire qui résulte de ces chiffres est donc beaucoup plus sérieux pour les torsions axiales de l'utérus fibrômateux que pour les simples torsions pédiculaires. Toutefois, les résultats sont encore très satisfaisants si on les compare aux 33 % de mortalités directement imputables à la lésion que donnent ces torsions abandonnées à elles-mêmes.

Pendant la grossesse. — Lorsque la torsion se produit chez une femme enceinte une intervention chirurgicale immédiate nous paraît indiquée. En présence d'une torsion à évolution lente ne s'accompagnant pas de signes réactionnels bien accusés, on peut être tenté d'attendre la fin de la grossesse avant d'intervenir. Une pareille conduite nous paraît dangereuse pour la mère et même pour l'enfant.

La torsion du fibrôme détermine en effet des tiraillements, des irritations qui se transmettent au muscle utérin dont la tumeur est solidaire. Il est à craindre alors que l'utérus se contracte sous l'influence de ces irritations et finisse par expulser son contenu. D'autre part, les accidents de gangrène et de péritonite sont encore plus à craindre au cours de la grossesse que dans les torsions simples. Les fibrômes présentent en effet pendant la grossesse des modifications de structure importantes ; mais bien que le fait soit rare, si aucune des complications précédentes ne se produit on peut craindre encore que la présence du fibrôme tordu ne soit une gêne sérieuse à l'accouchemeat. Enfin, en admettant que la grossesse ait pu évoluer jusqu'au bout sans accident, on peut se demander comment se passeront les suites de couches dans les cas très fréquents où la tu-

meur aura contracté des adhérences solides. Lorsque l'utérus débarrassé de son contenu redescendra brusquement dans la région hypogastrique entraînant avec lui le fibrôme, n'est-il pas à craindre de voir se produire des accidents, rupture d'adhérences par exemple donnant lieu à une hémorragie interne sérieuse, ou tout simplement étirement, allongement de ces adhérences qui constitueront autant de brides qui pourront devenir l'origine d'accidents douloureux et même d'étranglements internes. Enfin n'est-il pas à craindre que ces adhérences empêchent la contraction utérine de se produire lors de la délivrance et ne soient cause d'hémorragie utérine formidable pouvant amener même une issue fatale.

Nous lisons dans l'article du professeur Pozzi : « La « myomectomie au cours de la grossesse est une opération « d'exception qui ne doit être faite qu'en vertu d'indica- « tions impérieuses. Elle doit être pratiquée avec des pré- « cautions spéciales. La grossesse peut continuer à évoluer « et l'accouchement se faire à terme. »

Les faits que nous venons d'exposer constituent bien ces indications impérieuses et qui nous permettent de dire que pour nous l'intervention chirurgicale paraît indiquée en cas de torsion de fibrôme chez la femme enceinte au moins autant que chez la femme en dehors de l'état gravidique et nous ne craindrons même pas d'ajouter que pour nous la grossesse est une raison de plus d'opérer et rapidement. Les faits que nous allons signaler plus loin semblent d'ailleurs nous donner raison aussi bien pour la mère que pour l'enfant. C'est tout au plus si, en présence d'une torsion ne donnant lieu à aucun symptôme formellement inquiétant et survenant à une époque avancée de la grossesse, nous croyons qu'on pourrait attendre pour intervenir le moment où l'enfant serait viable.

L'interruption de la grossesse par avortement provoqué constitue une intervention détestable qui sacrifie l'enfant sans mettre la mère à l'abri d'aucun des accidents de tor-

sion. Dans le seul cas où elle soit signalée (Cappie) la mère est morte avec des signes de péritonite.

Là encore la laparotomie constitue la seule bonne intervention. Une fois le ventre ouvert, si on trouve une torsion pédiculaire, il faudra se borner à enlever la tumeur en touchant le moins possible à l'utérus. L'acte opératoire sera souvent moins simple que dans les cas ordinaires. La vascularisation extrême du parenchyme utérin peut rendre en effet l'hémostase difficile et peut même forcer à transformer une intervention partielle en hystérectomie. Pourtant, jusqu'à présent tous les opérateurs ont pu faire l'hémostase sans enlever l'utérus et dans 10 cas sur 12 la grossesse a continué à évoluer normalement. Nous rapprocherons de ces cas celui signalé par le professeur Pozzi (observation 3 de l'article déjà signalé) et également dans l'observation 4 où la myomectomie tentée sur des fibrômes non tordus, il est vrai, mais au cours de la grossesse, amena la guérison avec continuation de la grossesse normalement.

Il faudra d'ailleurs, par un traitement approprié, prévenir l'interruption de la grossesse en soumettant la malade à la médication opiacée avant, pendant et quelques jours après l'opération.

Lorsqu'on trouve une torsion axiale de l'utérus la conduite à tenir est plus difficile. Si l'utérus présente peu d'altérations, si la tumeur est facile à enlever, on pratiquera la myomectomie, puis on s'efforcera de réduire la torsion. A notre connaissance l'opération a été faite seulement : 5 fois par Lepage, par Thorn, par Speath, par Bland Sutton, et Bourcart. Dans le cas de Lepage il y avait un myome pédiculé qui fut facilement enlevé. Après cette ablation, l'utérus se détordit de lui-même, les suites opératoires furent très simples, la grossesse continua à évoluer normalement.

Dans le cas de Thorn on trouva un myome sous-séreux de la paroi antérieure de l'utérus. La tumeur et l'utérus étaient tordus de 180°. On fit l'énucléation du fibrôme,

puis un surjet de catgut sur l'utérus, la guérison survint sans fausse-couche.

Si, au contraire, les lésions cervicales de l'utérus sont graves ou si la tumeur est difficile à énucléer, il faudra enlever à la fois le fibrôme et l'utérus gravide comme cela fut fait chez les malades de Piccini, d'Ivanoff, de Ludwig et de Thoms. Bien entendu si la grossesse était suffisamment avancée on pratiquerait, avant l'hystérectomie, l'opération césarienne qui a permis à Reinprecht d'avoir un enfant vivant.

En un mot le traitement des torsions au cours de la grossesse sera une intervention aussi limitée que possible destinée à sauvegarder la vie de la mère en la préservant des complications graves de la lésion mais en respectant, toutes les fois qu'il sera possible, la grossesse pour lui permettre de gagner son terme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*recueillie dans le service de M. Campenon, à la Charité*).

Femme, 36 ans, prise le 29 mars 1905, à neuf heures du soir, d'une douleur atroce syncopale dans le bas-ventre. Dans la nuit surviennent des vomissements.

Le lendemain, les symptômes persistent, mais moins accusés, puis s'atténuent et la malade n'éprouve plus que de la faiblesse générale. C'est pour cela qu'elle entre à l'hôpital le 8 avril.

L'état du pouls et de la température nous est inconnu au moment de la crise. Au moment de l'entrée, il n'y a ni température, ni fréquence du pouls.

Interrogée sur l'état antérieur de son ventre, la femme répond qu'elle a le ventre gros depuis longtemps, mais qu'il n'a pas augmenté de volume depuis le début des accidents.

A l'examen : On trouve une grosseur occupant la région sous-ombilicale, dépassant même l'ombilic de deux travers de doigt.

La tumeur est douloureuse à la pression ; elle paraît mobile.

On ne trouve rien dans le reste du ventre.

La consistance de cette tumeur ne peut être appréciée par suite de la défense opposée par la paroi abdominale. On n'insiste d'ailleurs pas sur cette palpation qui pourrait devenir dangereuse, vu les accidents présentés par la malade.

Le toucher vaginal montre le col utérin à sa place, pas élevé, le cul-de-sac antérieur est rempli à droite par une tumeur mollasse.

Nous trouvons donc une malade présentant le tableau clinique du choc abdominal avec une tumeur nettement appréciable, de consistance mollasse n'occupant pas le cul-de-sac postérieur.

Cette forme de la tumeur, les renseignements fournis par l'examen direct, font éliminer l'hypothèse d'une hématocèle et le diagnostic posé est celui de la torsion du pédicule d'une tumeur pelvienne. Quelle est la nature de cette tumeur ? Deux hypothèses : fibrôme ou kyste de l'ovaire.

En faveur du fibrome, nous ne trouvons aucun signe précis, rien dans l'histoire de la malade ne permet de le soupçonner. La conclusion est donc kyste de l'ovaire à pédicule tordu ayant donné lieu au tableau clinique initial à grand fracas avec ensuite cessation des accidents.

En présence de ces faits, quel pronostic porter ? Quelle conduite tenir ? Le pronostic, pour nous, reste très réservé, malgré l'état excellent du pouls et de la température, malgré l'absence de troubles du côté de la vessie et du rectum. L'abdomen reste en effet très sensible à la pression et la défense musculaire de la paroi persiste.

Aussi portons-nous le diagnostic ferme de *kyste de l'ovaire à pédicule tordu* (symptômes bien nets de choc) et *en voie de sphacèle* (persistance de la sensibilité à la palpation).

La conclusion pour nous s'impose. Il faut opérer. Nous ne pouvons espérer la disparition complète des accidents, le calme actuel n'est que trompeur, la malade est en puissance de péritonite.

Opération. — La laparotomie est en conséquence pratiquée et nous trouvons la cavité abdominale remplie par une grande quantité de sang noir et contenant un gros fibrome du volume d'une tête de fœtus à terme.

Ce fibrome présentait à sa face antérieure une zone jaunâtre œdématiée ; à sa partie inférieure des zones de congestion veineuse très marquées.

Les veines distendues se dessinaient sous le péritoine et présentaient des ruptures en certains points (d'où l'épanchement).

La tumeur était adhérente en de multiples endroits. Adhérences de date déjà ancienne : les unes banales en haut à l'épiploon, en avant au péritoine pariétal. Une troisième tout à fait intéressante et qui mérite une mention spéciale : la vessie, fortement étirée, adhère par son sommet à la tumeur. Elle a suivi son mouvement de rotation. Au moment de l'opération, elle se présente à droite sous forme d'une bande fortement vascularisée, ressemblant à un ligament large, étiré, ou à une large adhérence. Ce n'est que grâce à une attention minutieuse que l'on put soupçonner sa présence et la disséquer sans l'intéresser.

Le fibrome avait son origine sur la corne gauche de l'utérus, par un court pédicule de deux centimètres environ de long, de cinq centimètres d'épaisseur, présentant une torsion de gauche à droite de un demi-tour de spire, torsion que l'on pouvait constater sur la pièce même après son ablation.

L'utérus présentait quatre ou cinq autres fibromes moins volumineux.

L'ovaire droit était kystique et de la grosseur d'une mandarine.

On pratique l'hystérectomie sub-totale, les suites opératoires furent bonnes, la malade guérit.

L'examen histologique montra à la coupe une tumeur formée par un tissu mou de coloration gris rosé avec çà et là des taches de coloration violacée très foncées, presque noires. A la partie antérieure, on trouve une zone où le tissu est extrêmement mou, presque fluctuant, laissant sourdre du liquide à la coupe. Sous le péritoine on voit plusieurs très grosses veines dilatées remplies de sang coagulé.

L'examen d'un fragment pris au centre de la tumeur montre du tissu fibromyomateux presque normal, seulement un peu infiltré et renfermant de nombreux vaisseaux dilatés à structure embryonnaire.

L'examen d'un fragment pris dans la partie antérieure ramollie et pseudo-fluctuante montre des lésions d'infiltration et de dégénérescence œdémateuse. Les fibres musculaires sont très peu nombreuses, mal colorables et noyées en quelque sorte dans des travées de tissu conjonctif. Celles-ci sont formées par un tissu fibrillaire formant une sorte de réseau dont les mailles renferment une substance gélatineuse et des amas de leucocytes.

Les coupes pratiquées au niveau des taches violacées montrent de même du tissu conjonctif fortement œdématié, mais littéralement criblé de globules rouges, les uns irrégulièrement disséminés entre les fibrilles conjonctives, les autres réunis en amas plus ou moins volumineux formant de petits noyaux d'infractus.

OBSERVATION II. (*Observation due à M. Piquand*).

Marie R..., âgée de 45 ans, entre à la Charité le 2 septembre 1906.

Pas d'antécédents pathologiques, deux grossesses normales, la dernière il y a quinze ans.

Depuis trois ans, les règles sont irrégulières, plus abondantes durant cinq à six jours.

Il y a environ un an, la malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur abdominale que son médecin a déclaré être un fibrome. Depuis un mois et demi cette tumeur a beaucoup augmenté de volume et en même temps la malade a ressenti de vives douleurs dans la moitié inférieure du ventre, douleurs accompagnées de légers accès de fièvre.

A l'examen on trouve : Une tumeur qui occupe la moitié inférieure du ventre et remonte jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tumeur présente une forme régulièrement arrondie, mais à

sa partie inférieure, un peu au-dessus du pubis, on sent une sorte de sillon très marqué qui lui donne l'aspect d'un bissac.

Au toucher, l'utérus est en légère rétroflexion, augmenté de volume et un peu arrondi. Le palper combiné au toucher montre que les mouvements étendus imprimés à la tumeur se transmettent à l'utérus ; au contraire, les petits déplacements de la tumeur n'entraînent pas l'utérus.

L'hystéromètre montre une cavité profonde de 11 centimètres.

Diagnostic : Fibrome utérin probablement pédiculé.

Opération (M. Piquand). — Laparotomie médiane ; à l'ouverture du ventre, la tumeur paraît presque complètement recouverte par l'épiploon très vascularisé et très adhérent. L'épiploon étant lié et sectionné, on constate qu'il s'agit d'un volumineux fibrome rattaché à la corne gauche de l'utérus par un pédicule gros comme le petit doigt et présentant une torsion de gauche à droite d'environ 180°.

La tumeur est facilement extraite du ventre et détordue. Le pédicule présente alors une longueur d'environ 3 centimètres. Ce pédicule est lié au ras de l'utérus et sectionné. La surface de section est recouverte par un lambeau de péritoine emprunté au ligament large voisin.

Fermeture du ventre sans drainage. Guérison.

La tumeur enlevée présente une forme ovoïde à grand axe transversal ; elle mesure 20 centimètres de long et 15 centimètres de hauteur. Le pédicule, long d'un peu plus de 3 centimètres, gros comme le doigt, s'insère sur le bord inférieur à peu près à l'union du tiers droit et des deux tiers gauches. La surface de la tumeur présente une coloration très foncée, grisâtre, avec çà et là des taches violacées plus ou moins étendues, et de grosses veines dilatées qui soulèvent le péritoine. La consistance est très irrégulière, dure en certains points, molle, presque fluctuante en d'autres. Sur la coupe, la tumeur présente un aspect variable suivant le point considéré : la partie centrale est formée par un tissu mou de coloration jaunâtre présentant de nombreux orifices vasculaires dilatés ; autour de cette zone centrale et se continuant insensiblement avec elle, on trouve un tissu rosé, rougeâtre même par endroits, infiltré d'une sorte de piqueté hémorragique d'autant plus accentué qu'on s'éloigne davantage du centre. La périphérie du néoplasme présente une coloration grisâtre avec çà et là des taches très foncées de coloration lie de vin renfermant de petits hématomes.

L'examen histologique de coupes pratiquées à la partie centrale de la tumeur montre des fibres musculaires lisses irrégulièrement disséminées dans une masse de tissu conjonctif réticulé renfermant

de nombreux vaisseaux dilatés et pour la plupart remplis de globules sanguins. Les mailles du tissu conjonctif paraissent infiltrées par une sorte de sérosité et renferment çà et là de petits amas de globules.

Les coupes faites dans les parties du fibrome qui présentent une coloration rosée avec piqueté rougeâtre montrent des altérations plus prononcées : les vaisseaux sont toujours très nombreux, dilatés et remplis de sang, à côté d'eux on voit des sortes de lacunes sans paroi propre qui renferment également des amas de globules rouges : A ce niveau, les faisceaux musculaires sont très profondément dissociés, séparés les uns des autres par un grand nombre de globules rouges irrégulièrement disséminés. Par endroits, les fibres musculaires et les faisceaux conjonctifs s'écartent plus largement, laissant des intervalles remplis par de véritables foyers hémorragiques qui deviennent de plus en plus nombreux et plus volumineux à mesure qu'on se rapproche de la périphérie. Des coupes faites au niveau des taches violacées et des amas hémorragiques qui occupent la partie la plus périphérique de la tumeur montrent de véritables noyaux d'infarctus analogues à ceux de l'apoplexie pulmonaire.

Les bandes de coloration grise ou violacée qui séparent ces noyaux présentent un aspect analogue à celui des coupes précédentes, sauf que l'infiltration hémorragique est plus abondante et que les amas de globules sont de plus en plus développés. Les taches violacées, d'aspect truffé, répondent simplement aux foyers hémorragiques les plus volumineux, et se continuent sans transition avec le tissu avoisinant. A leur niveau, les fibres musculaires et conjonctives s'écartent énormément, laissant entre elles des intervalles qui ont jusqu'à 30, 50 et même 60 fois leur dimension et qui sont remplis de globules sanguins.

A un grossissement considérable (*Leitz*, obj. 8, ocul. 1) on peut constater au niveau de ces noyaux des altérations intéressantes qui renseignent sur l'évolution des globules infiltrés :

1° Certains noyaux sont formés par des fibres musculaires peu altérées, facilement colorables par les réactifs, simplement séparées et dissociées par l'infiltration hémorragique.

2° En d'autres points, les fibres musculaires, au contact des globules sanguins s'altèrent profondément. Elles deviennent irrégulières, rétractées par endroits, dilatées en d'autres et ne présentent qu'un petit noyau difficile à colorer.

3° Dans certains noyaux enfin, les fibres musculaires et conjonctives, profondément altérées, disparaissent presque complètement et les coupes montrent une masse diffuse presque amorphe, vaguement réticulée par endroits et parsemée de taches pigmentaires brun jaunâtre. Çà et là on retrouve des fibres musculaires à contours indé-

cis, à peine colorables par les réactifs et infiltrées de pigments qui dessinent leur forme générale.

Les coupes faites au niveau du *pédicule* montrent que le squelette est formé de tissu conjonctif infiltré renfermant quelques fibres musculaires et de nombreux vaisseaux dilatés. La plupart de ces vaisseaux présentent une direction très oblique, en sorte qu'une coupe horizontale les atteint sur une grande étendue. Les artères sont peu altérées, facilement perméables, les veines sont fortement dilatées, beaucoup plus volumineuses que les artères, en même temps leur paroi est épaissie et, en un grand nombre de points, leur lumière est oblitérée par des amas de globules en voie d'organisation.

OBSERVATION III. (*due à l'obligeance de M. le Professeur Quenu*).

Femme de 45 ans entrée à l'hôpital Cochin en mai 1904. Pas d'antécédents pathologiques.

Une grossesse et une fausse couche il y a seize ans.

Depuis un an, la malade se plaint d'hémorragies abondantes accompagnées de douleurs abdominales siégeant surtout à gauche. Les hémorragies et les douleurs l'ont obligée à garder le lit à plusieurs reprises.

L'examen montre une masse volumineuse et régulièrement bosselée qui se continue nettement avec l'utérus.

On porte le diagnostic de fibromes multiples de l'utérus.

Laparotomie (M. Quenu), hystérectomie supravaginale. Guérison.

L'examen après l'opération montre que la tumeur enlevée est formée de deux masses principales unies par un court pédicule et pesant ensemble 2 kil. 300. La masse inférieure est formée par l'utérus très augmenté de volume et bourré d'un grand nombre de petits fibromes, les uns interstitiels, les autres sous-séreux, développés surtout au voisinage du fond de l'utérus.

La masse supérieure présente la forme d'un gros rein avec un bord supérieur convexe, un bord inférieur concave appliqué sur le fond de l'utérus fibromateux auquel il est rattaché par un pédicule long d'environ 2 centimètres et demi et qui présente une torsion de gauche à droite d'environ 180°. Le pédicule ne peut être vu qu'en écartant le fibrome du fond de l'utérus sur lequel il s'insère. En bas, sur la face antérieure de l'utérus, dans le voisinage de son angle droit, en haut, dans la concavité de la masse fibromateuse, plus près de l'extrémité droite que de l'extrémité gauche.

La torsion du fibrome est fortement maintenue par les fibromes interstitiels du fond de l'utérus sur lesquels le pédicule l'appuie fortement, si bien qu'il est impossible de détordre la tumeur.

Le fibrome tordu présente une surface très régulière, lisse, sans aucune adhérence ; il a une coloration roux brunâtre plus foncée en quelques points. Le péritoine est soulevé par de grosses veines très superficielles surtout marquées à la face antérieure. La consistance est inégale, molle et élastique en certains points, dure et fibreuse en d'autres.

A la coupe, on trouve que la tumeur est formée par un tissu mou très infiltré, laissant écouler de la sérosité et creusé par endroits de petites géodes remplies d'une masse gélatineuse. A la périphérie, on voit des taches violacées surtout marquées vers l'extrémité gauche de la tumeur.

L'examen histologique montre du tissu fibromyomateux avec lésions d'infiltration œdémateuse plus ou moins prononcées suivant le point considéré.

Sur les coupes prises au centre ou à la partie inférieure de la tumeur, on trouve de nombreuses fibres musculaires lisses séparées par des travées conjonctives infiltrées dans lesquelles on voit de nombreux vaisseaux à structure embryonnaire.

Au niveau des taches violacées et des géodes de la périphérie, les coupes montrent des fibres musculaires et conjonctives nettement dissociées par l'infiltration. Ces fibres sont plus longues, en quelque sorte gonflées et prennent mal les colorants. Entre elles on aperçoit des espaces larges de 20 à 30 μ remplis les uns par des leucocytes et des globules rouges, les autres par du liquide ou par une matière amorphe non colorable par les réactifs.

OBSERVATION IV (*due à l'obligeance du Docteur Pillet, de Rouen*).

Mlle J., 35 ans, premières règles à 21 ans, régulières depuis, mais peu abondantes.

Dans les premiers jours de janvier 1908, brusquement, la malade est prise de douleurs abdominales violentes dans le bas-ventre et la fosse iliaque droite. Vomissements alimentaires, muqueux, puis bilieux.

Dès le lendemain existe une défense musculaire intense localisée à la fosse iliaque droite.

Le facies est angoissé, le pouls rapide à 120. *Mais la température, vérifiée plusieurs fois, reste à* 37°.

Traitement. — Glace, diète hydrique et opium.

Cet état se prolonge plusieurs jours avec des douleurs toujours vives, une défense musculaire généralisée à la totalité de l'abdomen et empêchant tout palper.

Nous examinons à ce moment la malade avec les docteurs Burnet et Raoult (de Vernon) et diagnostiquons une appendicite, en réservant la possibilité d'une torsion de pédicule d'un kyste de l'ovaire (nous avons eu l'occasion d'observer deux cas analogues depuis quelques mois). Ce ne pouvait être ici qu'une simple probabilité, la malade n'ayant aucun antécédent de tumeur pelvienne, n'ayant jamais eu de crise abdominale antérieure et n'ayant jamais été examinée.

A la fin du mois, la malade a eu ses règles pendant trois jours sans douleur.

Six semaines après nous revoyons la malade : le toucher vaginal étant impossible, nous pratiquons le toucher rectal, rendu d'ailleurs malaisé par l'épaisseur de la paroi abdominale. Le corps utérin, un peu gros, est flanqué à droite d'une masse du volume d'une orange faisant corps avec l'empâtement profond de la fosse iliaque.

Un mois plus tard, le refroidissement n'obtenant plus aucune diminution du volume des lésions, nous pratiquons une *Laparotomie latérale*. Découverte de l'appendice adhérent par ses deux tiers inférieurs à une masse arrondie rénitente adhérente au pourtour de l'excavation pelvienne.

La main, introduite dans le bassin, reconnaît les connexions de cette tumeur avec le corps utérin et ramène un fibrome pédiculé gros comme le poing situé du côté opposé.

Libération au plus près des adhérences retenant cette tumeur à l'excavation. Ouverture de la corne vésicale adhérente très haut ; suture immédiate par un double surjet.

Cette libération faite, l'hystérectomie sub-totale est aisée.

Examen de la pièce : fibrome droit et serré contre la paroi utérine par un pédicule tordu.

A la coupe il est rouge brun, comparable à de la *fibre musculaire*. Le fibrome opposé garde l'aspect habituel blanc nacré.

Quelles étaient les relations de cause à effet de cet appendice adhérent et de ce fibrome à pédicule tordu ? La réponse en est contrôlée par l'examen microscopique.

Le fibrome droit est complètement nécrosé, sauf au niveau de sa région tout à fait corticale où les fibres cellules ont leur noyau encore bien colorable. Les vaisseaux semblent anciennement thrombosés. Il n'existe pas d'œdème interstitiel bien notable, par places, cependant, les faisceaux fibromateux semblent légèrement dissociés.

Dans le reste de son étendue, on reconnaît encore la silhouette

des faisceaux vasculaires sectionnés suivant des incidences diverses, mais ils ne *renferment pas un noyau colorable.*

Les coupes, colorées à l'hématéine éosine orange, présentent une teinte uniformément rouge.

L'autre fibrome présente la structure habituelle des léiomyomes utérins.

L'appendice. — Plusieurs coupes ont été pratiquées sur quatre tronçons différents. La lumière de l'appendice est occupée par un petit boudin fécal qui paraît la distendre. La muqueuse se montre partout normale avec son épithélium, ses glandes de Lieberkuhn, ses follicules. Peut-être, cependant, existe-t-il un certain degré de diffusion folliculaire. Dans quelques points on note aussi une petite traînée de lymphangite.

La sous-muqueuse est normale; quant à la musculeuse elle se montre en certains points extrêmement amincie. La sous-séreuse présente des lésions sub-aiguës, légère infiltration cellulaire et petites traînées lymphangitiques.

(Cet examen a été pratiqué par le professeur DEVE).

Il s'agissait donc bien d'un cas de fibrome à pédicule tordu ayant contracté avec l'appendice des adhérences secondaires.

Les suites opératoires ont été normales. La malade est complètement guérie.

OBSERVATION V. — Nous ne rapporterons pas le texte de cette observation, qui a été publiée par M. le Docteur J.-L. Faure à la Société d'obstétrique de gynécologie, de pédiatrie de Paris, le 12 octobre 1903.

Nous rapporterons seulement l'examen histologique qui est inédit.

Examen histologique de la tumeur enlevée par M. J.-L. Faure, le 12 mai 1903. — A la coupe, l'aspect de la tumeur est assez variable suivant le point considéré. Au centre, elle présente l'apparence de tissu fibromyomateux normal, de coloration blanc légèrement rose, nettement lobulé, au milieu duquel on voit d'assez nombreux orifices de vaisseaux dilatés. La partie périphérique est formée par un tissu de consistance plus molle présentant un aspect réticulé et laissant échapper à la coupe une substance gélatineuse et une petite quantité de liquide légèrement jaunâtre. De loin en loin on aperçoit des taches violacées plus ou moins foncées qui paraissent constituées par des foyers hémorragiques.

Examen microscopique. — Les coupes pratiquées à la partie moyenne de la tumeur montrent un tissu fibromyomateux à peu près normal, constitué surtout par des fibres musculaires lisses. Le tissu fibreux, peu abondant, ne se rencontre guère qu'autour des vaisseaux.

Les vaisseaux, très nombreux, sont dilatés et ont pour la plupart une structure de veines ou de capillaires embryonnaires renfermant de nombreux globules sanguins.

Les coupes, pratiquées de plus en plus loin du centre montrent des lésions d'œdème, les fibres musculaires augmentent de volume, se gonflent en quelque sorte et deviennent moins colorables, en même temps, elles sont dissociées, séparées les unes des autres par un tissu d'infiltration à structure fibrillaire. En certains points les fibres musculaires ont disparu complètement et les coupes ne montrent qu'un tissu irrégulièrement réticulé dans lequel on aperçoit seulement quelques noyaux à peine colorés. Au sein de ce tissu on voit d'assez nombreux vaisseaux à lumière dilatée, à paroi mince.

Au niveau des taches violacées, l'examen montre des fibres musculaires et conjonctives dissociées et œdématiées, séparées par des globules sanguins : d'une façon générale, ces globules sont infiltrés et irrégulièrement disséminés entre les éléments musculaires et conjonctifs. En quelques points ils sont agglomérés sous forme d'amas assez volumineux à la périphérie desquels on trouve des fibres musculaires et conjonctives altérées à peine colorables par les réactifs.

OBSERVATION VI (*due à M. le Docteur Campenon, désignée, dans le cours du Mémoire, sous le nom de Obs. II de M. Campenon*).

Le 4 novembre 1908, Mademoiselle X..., âgée de 42 ans, fait appeler le Docteur Claret pour des règles horriblement douloureuses, ayant commencé la veille.

Le Docteur Claret constate l'existence d'une tumeur intra-abdominale (fibrome) et c'est dans ces conditions que nous la voyons le 8 novembre.

8 novembre 1908. — Lorsqu'on découvre la malade, on constate de suite une adipose considérable de toute la paroi abdominale et de tout le corps d'une façon générale. C'est donc à travers une couche adipeuse de plus de quatre travers de doigt que le palper permet de percevoir une tumeur occupant tout le flanc droit, mais dont les limites ne peuvent être précisées qu'en associant le *toucher vaginal*.

Le vagin est très profond.

Cul-de-sac antérieur. — Rétréci par une tumeur incluse dans l'isthme, et descendant jusque dans la lèvre antérieure du col.

Cul-de-sac droit. — Très haut, une masse lisse.

Cul-de-sac postérieur. — Rien.

Cul-de-sac gauche. — Très haut, une autre masse.

Le col a une longueur sensiblement normale, sa forme serait régulière, si ce n'était le fibrome inclus déjà signalé à sa partie antérieure.

Orifice étroit, petit, virginal.

Associant alors le palper abdominal, on peut :

1° Préciser le volume de la tumeur intra-abdominale. Elle dépasse légèrement la ligne médiane de deux travers de doigt environ.

Elle remonte jusqu'à la hauteur de l'ombilic.

Elle reste distante d'un travers de doigt environ de l'épine du pubis et de l'arcade fémorale.

2° Ses connexions avec l'utérus :

Tout ébranlement qu'on lui imprime se transmet nettement au col utérin.

Dans ces manœuvres, on constate qu'elle se laisse plus volontiers refouler de gauche à droite que de droite à gauche.

Consistance. — Il est impossible (vu la couche de graisse) d'apprécier la consistance de la tumeur intra-abdominale. Par contre, les tumeurs des culs-de-sac droit et gauche donnent une sensation de rénitence vague. La tumeur de la partie antérieure cervico-utérine est franchement dure et fibreuse.

La *Percussion* abdominale, si elle est légère, fait constater de la sonorité dans toute l'étendue de la tumeur abdominale, sauf à sa partie tout à fait inférieure.

Elle ne révèle pas d'ascite.

Toutes ces manœuvres ne peuvent être faites que très doucement, et nous dirons volontiers incomplètement, car la partie supérieure de la tumeur abdominale est le siège d'une sensibilité assez vive que réveille toute pression un peu appuyée. La douleur spontanée a cessé, mais la douleur provoquée persiste sans localisation spéciale en un point donné.

Antécédents. — L'interrogatoire porte successivement sur les faits récents et sur le passé de la malade.

Faits récents. — C'est le 4 novembre qu'elle a souffert du ventre pour la première fois. D'emblée, la douleur a été atroce. C'est à propos de cette douleur qu'elle a consulté le Docteur Claret et qu'elle me consulte aujourd'hui.

Ces douleurs ont débuté avec les règles, occupant le bas-ventre d'abord, puis tout le ventre, s'accompagnant de nausées.

Elles ont duré quarante-huit heures avec une intensité extrême.

Elles ne s'accompagnaient d'aucune température, d'aucune fréquence du pouls, d'aucun trouble du côté de la miction ou de la défécation, d'aucune modification du côté des règles. L'écoulement sanguin ne fut ni plus difficile à venir, ni plus abondant, ni avec caillots.

Rien, en un mot, ne les expliquait.

C'est la première fois que les règles sont douloureuses. Elles ont toujours été régulières, la malade a remarqué seulement que depuis six mois elles tendraient à être un peu plus abondantes.

Interrogée sur l'époque où elle se serait aperçue d'une grosseur abdominale, la malade nous déclare que depuis six mois son ventre a grossi, mais qu'elle y a attaché peu d'importance, car, depuis quatre ans, elle avait vu se développer progressivement l'obésité générale dont elle est aujourd'hui atteinte.

Rien autre à noter dans son passé.

Diagnostic. — On porte le diagnostic de fibrome ayant subi une poussée congestive intense au moment des règles, avec probablement annexite.

L'opération est conseillée et acceptée. Mais la malade étant atteinte de bronchite intense, on convient d'attendre après les règles de décembre.

Le 30 novembre, apparitions des règles, crise douloureuse analogue à celle du 3, puis, au bout de trois jours, retour au calme complet.

Le 10 décembre, la malade entre à la maison de santé, ne présentant aucun phénomène douloureux. Un peu de sensibilité seulement au palper à la partie supérieure de la tumeur.

Le 11 décembre, à la suite d'un savonnage du ventre, elle est prise subitement d'une crise intense de douleur qui dure cinq à six heures.

Opération le 12 décembre. — Le Dr Claret est frappé d'une augmentation manifeste du ventre. La tumeur semble se dessiner à travers la paroi, on la voit.

Laparotomie médiane.

L'épiploon, gorgé de sang, des anses intestinales vascularisées, cachent absolument tumeur et utérus, malgré la position de Trendelenburg.

Ce n'est qu'après les avoir refoulés que l'on aperçoit profondément une masse d'aspect blanc bleuâtre.

La main glissée sous cette masse, passe facilement, mais au moment où on la soulève pour l'énucléer, elle éclate par sa *face antérieure* et un jet de sang qu'on peut évaluer à un litre et demi environ jaillit à 0 m. 50 centimètres de hauteur, inondant les aides.

La fin de l'opération fut des plus simples.

Hystérectomie sus-cervicale. — Ablation de deux hématosalpinx. — Enucléation du fibrome inclus dans la paroi antérieure de l'isthme et du col.

Drainage par un Mickulicz.

Suites opératoires bonnes. — Un peu de température (38°) pendant deux jours, puis tout retombe à la normale.

Guérison complète.

Examen de la pièce. — L'examen de la pièce montre une volumineuse tumeur développée aux dépens du fond et de la face antérieure de l'utérus.

Au voisinage de la corne droite s'insère une deuxième tumeur rattachée à l'utérus par un large pédicule de trois à quatre centimètres d'épaisseur et de trois centimètres de long.

Sur le pédicule on remarque un sillon, vestige d'une torsion de gauche à droite d'environ 180°.

La tumeur elle-même est transformée en une sorte de poche hématique renfermant de gros caillots et dont la paroi mesure environ un centimètre d'épaisseur.

Sur cette paroi on remarque çà et là des plaques noirâtres, violacées, indiquant un commencement de nécrose.

Les trompes sont distendues par deux hémato salpinx.

Les ovaires, atrophiés, ne présentent pas d'autre particularité.

Examen histologique. — L'examen histologique montre que la paroi de la poche est formée par du tissu fibro-musculaire infiltré de cellules rondes, et présentant dans sa partie la plus profonde des lésions de nécrose.

La paroi interne de la poche est dépourvue de tout revêtement épithélial et est formée uniquement par du tissu en voie de nécrose renfermant cependant encore des vaisseaux perméables dont plusieurs rompus s'ouvrent dans la cavité kystique et expliquent la présence de l'épanchement sanguin.

OBSERVATION VII (*due à l'obligeance de M. le Professeur Quénu*).

X..., 34 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Cochin le 14 janvier 1900, pour une tumeur abdominale.

Régulièrement réglée. A eu une seule grossesse normale à vingt ans.

Il y a dix mois, la malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur abdominale.

Depuis quatre mois, elle se plaint de douleurs abdominales très vives, survenant au moment des règles.

L'examen clinique montre une tumeur régulièrement arrondie remontant jusqu'à l'ombilic.

Assez mobile.

Le palper, le toucher montrent que cette tumeur se mobilise avec l'utérus.

Diagnostic. — Fibrome utérin.

Opération le 29 janvier 1901.

Hystérectomie supravaginale. Guérison.

L'examen de la pièce enlevée montre qu'il s'agit d'un fibrome ovoïde du poids de 1700 grammes, et développé aux dépens du fond de l'utérus. — L'utérus, très allongé, présente, à l'union du corps et du col, une torsion sur son axe d'environ 180°. Cette torsion s'accompagne d'un rétrécissement considérable de l'utérus et entraîne une oblitération presque complète de la cavité utérine. Si bien que le cathéter ne peut pénétrer de la cavité du col dans celle du corps.

OBSERVATION VIII (*due à l'obligeance de M. Piquand*) (1).

J. M., âgée de 43 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, le 15 mai 1909, pour une tumeur abdominale. Aucune maladie antérieure, deux grossesses normales, la dernière il y a dix-sept ans.

Depuis deux ans, la malade se plaint de pertes sanglantes assez abondantes, survenant presque exclusivement au moment des règles, celles-ci durent en moyenne huit à dix jours.

La malade a été examinée par un médecin qui a reconnu, il y a dix-huit mois, la présence d'un petit fibrome.

Depuis six mois, la malade a constaté une augmentation assez considérable du volume du ventre, en même temps elle a ressenti des douleurs assez vives du côté gauche et quelques troubles urinaires consistant surtout en essais continuels et fréquence des mictions.

Il y a trois semaines, au début d'une période menstruelle, la malade a éprouvé une douleur vive qui, d'abord assez localisée à la fosse iliaque gauche, s'est bientôt étendue à toute la partie inférieure du ventre ; en même temps le ventre augmentait notablement de volume. La température s'élevait à 38,5 ou 39 ; il y avait une constipation absolue et quelques vomissements. Un médecin appelé diagnostiquait une pelvi-péritonite et envoyait la malade à l'hôpital.

Le lendemain de son entrée (16 mai 1909), l'examen de l'abdomen montrait une paroi légèrement contracturée, surtout à gauche, mais permettant cependant de sentir par palpation une volumineuse tumeur, nettement bilobée, qui remplissait le bassin et les deux fosses iliaques.

(1) Cette observation nous est parvenue trop tard pour être utilisée dans la rédaction de notre travail. Nous la rapportons uniquement à titre documentaire.

Le toucher combiné au palper permettait de constater que la tumeur était formée de deux masses assez distinctes : la plus grosse de ces masses présentant à peu près le volume d'une tête d'enfant, occupait le côté droit du bassin et la fosse iliaque droite. Régulièrement arrondie, de consistance ferme, non douloureuse au palper, cette masse se laissait assez facilement mobiliser et on pouvait constater que tous les mouvements qui lui étaient imprimés se transmettaient à l'utérus.

L'autre masse, également arrondie, un peu moins grosse que la précédente, était située à gauche et en arrière d'elle ; en haut, elle remontait dans la fosse iliaque gauche ; en bas, elle se prolongeait dans le petit bassin où il était impossible de suivre sa limite inférieure. Cette deuxième masse présentait une consistance beaucoup moins dure que la première ; elle paraissait même fluctuante par endroits. Sa palpation était douloureuse et il semblait impossible de la mobiliser d'une façon appréciable : les mouvements imprimés à l'utérus ou à l'autre tumeur ne paraissaient pas aboutir sur elle.

En plus de ces tumeurs, le toucher vaginal montrait une troisième masse qui déprimait le cul-de-sac de Douglas et faisait saillie dans le vagin ; cette dernière masse, de consistance nettement fluctuante, était très douloureuse au toucher.

La malade se plaint de douleurs abdominales et d'envies de vomir, la température est à 38,9 le matin, 38,6 le soir ; le pouls à 100.

Diagnostic. — Fibrome utérin avec salpingite suppurée prolabée dans le cul-de-sac de Douglas et ayant déterminé un commencement de pelvi-péritonite, peut-être torsion du fibrome de gauche.

Application sur le ventre d'une vessie remplie d'eau chaude, injection de 500 grammes de sérum et piqûre de morphine.

Le lendemain, état stationnaire, on décide une intervention qui est pratiquée le 19 mai.

Laparotomie médiane : après ouverture de la paroi, on constate immédiatement l'existence de deux fibromes, l'un à droite, développé aux dépens du fond de l'utérus avec lequel il fait corps, l'autre à gauche et en arrière, rattaché au précédent par un pédicule tordu sur lui-même dans le sens vertical.

La face postérieure des deux fibromes est unie aux anses d'intestin grêle par de nombreuses adhérences qui cachent complètement l'S iliaque et l'entrée du cul-de-sac de Douglas : ces adhérences sont libérées assez facilement, ainsi que d'autres unissant le fibrome de gauche au bout antérieur de l'S iliaque ; on voit alors que le cul-de-sac de Douglas est rempli par une masse manifestement fluctuante adhérente au rectum, à l'utérus et au ligament large gauche et dans

laquelle sont englobées les annexes du côté gauche. Du côté droit, pas de lésions annexielles.

L'utérus est alors attaqué par le côté droit ; on sectionne le ligament large de ce côté après ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond ; puis on pince l'utérine droite et on sectionne le col ; ensuite on enlève de bas en haut la masse annexielle gauche ; cette dernière partie de l'opération est très laborieuse, et au moment où on sépare la masse du rectum, il s'écoule une petite quantité de pus.

Après enlèvement, il reste une vaste cavité creusée entre les 2 feuillets du ligament large gauche et dans le Douglas dont le revêtement péritonéal a été enlevé en grande partie. Après hémostase et fermeture du col utérin, on effondre le Douglas et on introduit un gros drain dans le vagin ; par dessus ce drain, le péritoine est refermé par un surjet unissant le fond antérieur de l'S iliaque au feuillet antérieur des ligaments larges et au péritoine vésical. Un deuxième drain est placé dans la plaie abdominale.

Les suites opératoires sont bonnes ; mais il se fait une suppuration assez abondante, surtout par le drain vaginal. Le drain abdominal est supprimé au bout de six jours, le drain vaginal au bout de douze.

L'examen des pièces montre deux fibromes, l'un développé aux dépens du fond de l'utérus, l'autre situé à gauche et un peu en arrière rattaché au précédent par un pédicule tordu. Le fibrome tordu pesait 1150 grammes ; il présentait une forme ovoïde à grosse extrémité supérieure ; le pédicule s'insérait sur le bord interne à peu près à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs. Ce pédicule mesurait à peu près le volume d'un doigt (2 centimètres de diamètre), avait 3 centimètres et demi de long ; par son extrémité interne il s'insérait sur l'extrémité externe du fibrome utérin un peu au-dessous de l'extrémité supérieure. Ce pédicule présentait une torsion verticale d'arrière en avant et de haut en bas, décrivant à peu près un demi-tour de spire (180°). Cette tension avait pour résultat de réduire énormément la longueur du pédicule, en sorte que les deux tumeurs paraissaient accolées ; la torsion se laissait d'ailleurs facilement redresser dès que le fibrome eut été isolé des viscères voisins.

L'examen du fibrome tordu montre à sa surface la trace des nombreuses adhérences qui l'unissaient aux organes voisins (intestin grêle et S iliaque) ; sa partie inférieure, dépourvue de péritoine, répondait directement à la paroi de la collection suppurée du Douglas. A la partie antérieure de la tumeur on voit, en plusieurs points, de grosses veines qui soulèvent le péritoine.

A la coupe, la tumeur présente dans la plus grande partie de son étendue l'aspect d'un fibrome banal fortement vascularisé ; cepen-

dant la partie droite et supérieure présente une consistance très molle et un aspect œdématié ; il s'en écoule à la coupe un liquide assez abondant et on voit même en quelques points de petites taches d'aspect gélatineux.

L'examen histologique montre peu de particularités : presque partout on trouve un tissu propre normal ne renfermant qu'un très petit nombre de fibres musculaires. A certains points, les fibres de tissu conjonctif paraissent dissociées et infiltrées par une substance amorphe non colorable par les réactifs. Les vaisseaux sont nombreux et largement dilatés. En aucun point on ne constate ni thrombose vasculaire, ni infiltration sanguine du tissu néoplasique. L'examen du pus retiré de la collection pyo-salpingienne a montré exclusivement la présence de coli-bacille.

Après avoir rapporté in-extenso les observations inédites, nous croyons devoir présenter sous forme de tableaux les observations déjà publiées que nous avons pu consulter et qui sont citées au cours de ce travail.

Nous les avons groupées en quatre tableaux successifs :

1° Torsion des pédicules fibro-utérins en dehors de la grossesse.

2° Torsion des pédicules utérins (torsion axiale) en dehors de la grossesse.

3° Torsion des pédicules fibro-utérins au cours de la grossesse.

4° Torsion des pédicules utérins au cours de la grossesse.

TABLEAU N° 1

Torsion des pédicules fibro utérins en dehors de la Grossesse

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
1	**Courty**	?	?	?	Trouvaille d'autopsie.
2	**Gambrie**	?	?	?	Trouvaille d'autopsie.
3	**Vercoutre** 1867	?	?	?	Autopsie.
4	**Kœberlé**	30	?	Tumeur se tordant sous l'influence des mouvements de la malade.	Opération. Myomectomie.
5	**Lamarre** 1883	53		Occlusion intestinale.	Autopsie.
6	**Imbert** et **Tédenat** 1891	40	II	Tumeur de l'utérus.	Hystérectomie à pédicule externe.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Etat du péritoine et des organes voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
?	?	Fibrôme à pédicule tordu.	?		
?	?	Fibrôme à pédicule tordu. Pédicule long de plusieurs centimètres.	?		
1 tour.	D. à G.	Tumeur de la grosseur d'une noix. Fixée à angle gauche de l'utérus. Pédicule 3cms. Tumeur *calcifiée*.	?		
?	?	Fibrôme de l'angle gauche.	Adhérence à l'épiploon.	Guérison.	
	D. à G.	Fibrôme 1100 gr. du fond de l'utérus. Pédicule grosseur d'une plume.	Adhérences péritonéales. Compression des uretères.		Morte avant l'intervention.
90°	G. à D.	Fibrôme vol. tête d'adulte. Pédicule épais formé aux dépens du fond de l'utérus.		Guérison.	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
7	**Gunther**	27		Tumeur maligne avec ascite	Myomectomie.
8	**Fritsch**	46		Kyste de l'ovaire.	Opération myomectomie.
9	**Timmers**	62		?	Myomectomie.
10	**Yan Iterson**	40		?	?
11	**Heurteaux**	48		Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.	Myomectomie.
12	**Dührssen**	?	?	Fibrôme à pédicule tordu.	Myomectomie double : 1° le fibrôme pédiculé ; 2° le second fibrôme.
13	**Walther** et **Bausson**	50		Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.	Myomectomie.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Etat du péritoine et des organes voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
1 tour.		Fibrôme corne droite. Pédicule grosseur du petit doigt	Adhérences à l'épiploon.	Guérison.	
2 tours		Myome grosseur tête d'adulte, en voie de nécrose.	Adhérences nombreuses.	Guérison.	
		Pédicule long 4cm5 tordu en spirale, attaché au fond de l'utérus.	?	Guérison.	
1 tour 1/2		Fibrôme sous-séreux pédiculé.	?	?	
1 tour.	D. à G.	Pédicule grosseur d'un doigt. longueur 6cms, inséré corne gauche.	?	Guérison.	
La torsion disparait au cours de l'opération.		Myome angle G. Pédicule 2cms. Tumeur gangr. Un 2e fibrôme de paroi postérieure.		Guérison.	
1 tour.	G. à D.	Pédicule 3cms5. Grosseur de l'index.		Guérison.	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
14	**Schwartz et Mermet**	46		Fibrôme douloureux avec phénomènes de compression.	Myomectomie et castration tubo-ovarienne.
15	**Delaunay et Pilliet**	44		Appendicite et fibrôme avec salpingite.	Myomectomie.
16	**Péan**	?	I	Fibrôme.	Hystérectomie totale.
17	**Braun von Fernwald**			?	Myomectomie.
18	**James Tyson**	36	?	?	Morte de péritonite. Autopsie.
19	**Sibud in Planque** page 12.				
20	**Martin** 1897	39	Vierge	D'abord hématocèle puis tumeur utérine. Hystéromètre 12cms	Myomectomie puis hystérectomie à pédicule externe.
21	**Walther-Guillot**	42		Fibrôme utérin.	Myomectomie.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Etat du péritoine et des viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
3/4 de tour	G. à D.	Pédicule 2 cms. Volume petit doigt. Insertion sur le fond. près de la corne gauche.		Guérison.	
3/4 de tour	G. à D.	Pédicule 1 cm 5. Implanté sur corne utérine.		Guérison.	
?	G. à D.	Fibrôme pédiculé du fond de l'utérus.		Guérison.	
3 tours	?	Myome, grosseur de tête d'adulte. Rattaché au fond de l'utérus par pédicule tordu.		Guérison.	
?	?	Tumeur suppurée. Myome pédiculé de la corne droite.	Péritonite suppurée.		Mort. Autopsie.
		Fibrôme intraligamentaire tordu et calcifié.			
La torsion a disparu lors de la libération des adhérences.			Adhérences multiples et résistantes.	Guérison	
	G. à D.	Pédicule court et mince, inséré fond utérus.		Guérison.	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
22	**Luys**	57		Occlusion intestinale.	Morte sans qu'on ait pu opérer.
23	**Tuffier**			Phénomènes d'occlusion intestinale	Hystérectomie.
24	**Aspell**	Rapporté par Hanks (Amer. Gyn. Society 1905).			
25	**Ferroni** 1898	40		Fibrômes multiples sous-séreux.	Myomectomie.
26	**Ferroni** 1898	45		Fibrômes multiples avec développement intra-ligamenteux de l'un d'eux à gauche.	Hystérectomie sus-vaginale.
27	**Kelly**	39		Tumeur utérine.	Myomectomie.
28	**Briggs**			Cité par Steinbuckel : in North of England obst. and Gyn. Society.	
29	**Gift**			Cité par Steinbuckel : in Thèse de Munchen.	

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Etat du péritoine et des organes voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
		Fibrôme à pédicule tordu.	Compression intense de l'iliaque.		Morte d'occlusion
		Fibrôme corne droite, à pédicule tordu. Sphacèle du fibrôme.		Guérison.	
Pédicule rompu.		Fibrôme libre dans l'abdomen. Traces de torsion sur le pédicule.	Adhérences épiploïques nourrissant la tumeur.	Guérison.	
180°	G. à D.	Pédicule grêle inséré sur corne gauche.		Guérison	
180°	G. à D.	Pédicule long. 1 cm.		Guérison.	
2 tours	G à D.	Fibrôme dégénéré avec poches hematiques et séreuses. Inséré corne droite	Adhérences multiples à la paroi et aux viscères	Guérison	
		Fibrôme utérin sous-péritonéal. Torsion et étranglement du pédicule.			
		Torsion pédiculaire d'un gros myome sous-séreux de l'utérus.			

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
30	**Schwartz**	48		*Fibrôme sous-péritonéal à pédicule tordu.*	Hystérectomie.
31	**Lejonne et Milanoff**	84		Occlusion intestinale.	Morte sans opération.
32	**Sterson**	Cité par Pellanda, p. 212			
33	**Villard**			Pellanda p. 214. Appendicite.	Opération.
34	**Vallas**	In Pellanda p. 215		Grossesse tubaire rompue. Inondation péritonéale.	Myomectomie.
35	**Amann**	40	Nulli pare	Fibrôme utérin avec réaction péritonéale.	Myomectomie.
36	**Martin Christoffer**	40		*Fibrôme tordu*	Myomectomie.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Etat du péritoine et des viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
1 tour 1/2	G. à D.	Pédicule grosseur d'un gros crayon, longueur 1 cm. Inséré angle droit.		Guérison.	
2 tours 1/2	G. à G.	Fibrôme corne gauche. Pédicule 3 centim.. grosseur petit doigt. 2 autres fibrômes sous péritonéaux. Kyste paraovarien.	Adhérences paroi intestin grêle, côlon descendant.		Morte Autopsie.
1 tour 1/2					
		Fibrôme corne droite tordu et fixé aux parties molles.	Plastron pétonéal comprenant le cæcum et dissimulant la tumeur.	?	
		Gros fibrôme tordu	Violente réaction péritonéale.	Guérison.	
1 tour 1/2		Fibrôme de paroi antérieure de l'ut. 2e fibrôme tombé dans le Douglas.		Guérison.	
3 tours	G. à D.	Pédicule long de 3 pouces.		Guérison.	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
37	**Pollosson** et **Durand**	36	Nulli pare	*Fibrôme compliqué d'un accident nécessitant l'intervention immédiate.*	Hystérectomie à pédicule externe.
38 39 40	**Vincent**			Cité à la Soc. de chirurgie de Lyon, 1902. 3 cas de torsion avec état gangréneux des fibrômes.	
41	**Wiart** et **Darré**	36		Fibrôme utérin avec réaction péritonéale.	Hystérectomie sus-vaginale.
42	**Ferrand**	45	III	*Fibrôme à pédicule tordu.*	Myomectomie.
43 44	**Duplay** **Roux**			Cités in *thèse* Bernard	Myomectomie.
45 46 47 48	**Forster**	in *thèse* de Bas		Quatre cas de torsion de fibrômes pédiculés. Dans 3 cas, signes de péritonite. Dans 1 cas, signes d'hémorragie abondante.	

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Etat du péritoine et des viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
4 tours	G. à D.	4 kgs. Rattachée corne G. Pédicule 15 cm.	Pas d'adhérences.	Guérison.	
1 tour	G. à D.	Fibrôme en forme de cœur de carte à jouer. Inséré sur corne G. à sa face postérieure. Pédicule tordu Un second fibrôme utérin. Pas de dégénérescence de la tumeur.	Adhérences épiploïques contenant de gros vaisseaux.	Guérison.	
7 tours	G. à D.	Tumeur reniforme. Volume 2 têtes fœtus. Pédicule 10 cm. Inséré corne G. Dégénérescence du myome : Quelques plaques calcaires.		Guérison.	
				Guérison.	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
49	**Weinberg** 1904	39		Péritonite.	Hystérectomie totale.
50	**Frigyesi**	Cité par Steinbuckel : 1 cas de fibrôme sous-séreux de l'utérus — torsion du pédicule.			
51	**Lauwers**	Cité par Bas : Torsion du pédicule. in *Brit. Gyn. Journ.* fév. 1904.			
52	**Steinbuckel**	44	Nullipare	Rupture de grossesse extra-utérine.	Hystérectomie susvag.
53	**Peterson**	45		Fibrôme utérin.	Hystérectomie susvaginale. Appendicectomie.
54	**Jacobs**				Hystérectomie.
55	**David**			Phénomènes péritonéaux.	Hystérectomie.
56	**Olshausen**	28		Fibrôme utérin prolabé dans le Douglas.	Myomectomie.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Etat du péritoine et des viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
1 tour	*D. à G.*	Tumeur gangrenée. Pédicule : long 2cm. large 2,5. Inséré à droite.		Guérison.	
180°	*Vertical*	Fibrôme pédiculé. Gros vaisseaux dans le pédicule. Un rompu. 2e tumeur interstitielle. Grosseur tête d'enfant.	Epanchemt sanguin.	Guérison.	
1 tour 1/2		Fibrôme réniforme. Pédicule inséré sur corne droite. Pédicule grêle.	Adhérences : Vessie. Péritoine pelvien. Epiploon. Appendice.	Guérison.	
		Fibrôme nécrosé à pédicule tordu.		Guérison.	
180°	G. à D.	Pédicule gross. d'un doigt. Inséré face post.		Guérison.	
180°		Pédicule grosseur du doigt. Inséré près de la trompe gauche.		Guérison.	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
57	**Boursier** 1901	30		Kyste dermoïde enflammé adhérent à l'utérus, ou bien fibrôme.	Myomectomie.
58	**Boursier**	54		Fibrôme interstitiel inclus dans le ligament large.	Myomectomie.
59	**Bérard** et **Laurent**	39		Kyste ou fibrôme tordu.	Hystérectomie subtotale.
60	**Gayet** et **Adler**	49	I	Utérus fibrômateux avec kyste tordu.	Hystérectomie totale.
61	**Fercy** **Paton**	48		Occlusion intestinale.	Laparatomie exploratrice. Autopsie.
62	**Pozzi**	?	?	?	Myomectomie.
63	**Pozzi**	?	?	?	Myomectomie.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Etat du péritoine et des organes voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
1 tour	?	Pédicule 2 cm.		Guérison	
1/2 tour	D. à G.	Pédicule étroit inséré suivant corne G.		Guérison	
1/4 de tour	?	Fibrôme pédiculé au-dessus de corne D. Début de nécrobiose	Adhérences à l'intestin.	Guérison	
		Gros fibrôme utérin avec quelques petits fibrômes dont un tordu avec comm' de sphacèle		Guérison	
Rupture du pédicule.		Tumeur fibreuse libre, séparée par torsion de son pédicule de l'utérus.	Adhérences mesentère et intestin grêle.		Mort
		Pédicule inséré sur paroi antérieure — altéré — se sectionne sans ligature. Fibrôme dégénéré.	Adhérences péritoine pariétal. Vessie.	Guérison	
		Fibrôme enclavé dans le petit bassin. Pédicule tordu.			

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
64	**Campenon** Cas I	36		Kyste de l'ovaire à pédicule tordu, en voie de sphacèle.	Hystérectomie subtotale.
65	**Campenon** Cas II	42	Nulli-pare	Fibrôme avec poussée congestive et salpyngite.	Hystérectomie susvaginale.
66	**Quénu**	45	II	Fibrômes multiples de l'utérus.	Hystérectomie susvaginale.
67	**Piquand**	45	II	Fibrôme utérin probablement pédiculé.	Myomectomie.
68	**Pillet**	35	Vierge	Appendicite ou kyste de l'ovaire tordu.	Hystérectomie subtotale.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors des opérations
1/2 tour	G D.	Fibrôme vol. tête de fœtus. Pédicule 2 cm. inséré sur corne gauche. Autres fibrômes	Adhérences au péritoine pariétal, à l'épiploon, à la vessie. Epanchemt sanguin.	Guérison	
180°	G. D.	Fibrôme implanté sur corne droite par gros pédicule. Transformé en poche hématique Un autre myome interstitiel.	Etat congestif du péritoine et de l'épiploon. Double hémato salp.	Guérison	
180°	G à D.	Fibrôme réniforme Pédicule 2 cm. 5 inséré sur face ant. Angle droit.			
180°	G. D.	Fibrôme pédiculé corne gauche. Pédicule 3 cm.	Epiploon adhérent.	Guérison	
90°	G. D.	Fibrôme pédiculé. Angle droit. Autres fibrômes utérins.	Adhérences : Vessie. Péritoine. Appendice.	Guérison	

TABLEAU N° 2

Torsion des pédicules utérins (torsion axiale) en dehors de la Grossesse

No	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
1	**Times** 1861	?	?		
2	**Virchow** 1863	62	?		Trouvaille d'autopsie.
3	**Küster** 1872	34	?	?	Abstention.
4	**Dull** 1872	60	?	?	Abstention.
5	**Schutzemberger** 1874	?	?	?	id.
6	**Schrœder** 1886	?	?	?	Observé au cours d'une laparotomie.
7	**Weinlechner.** 1885	44	?		Hystérectomie.
8	**Skutch** 1887	44	VII	Tumeur fibreuse *Hystérom* 7.cm	Myomectomie.
9	**Hofmeier** 1884	?	?	?	Hystérectomie susvaginale.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractère de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors d'une intervention
		Torsion de l'utér. transformé en pédicule de fibrome.			Trouvaille d'autopsie.
1 tour		Myome du fond. Isthme réduit à un mince pédicule. Pas de communication entre ces col et corps.			Autopsie morte de pneumonie
2 tours 1/2		Myome vol. tête d'adulte. Isthme formant péd. gros comme le doigt. Hématométrie			Morte subite à son entrée.
1/4 de tour	*D. à G.*	Utérus bourré d'une1/2 douz. de fibrômes et tordu.	Fib. ayant pénétré dans un sac de hern. omb.		Morte de fièvre hectique.
1 tour		Congest. énorme du fond utérin. Suffusions sanguines.			Mort d'accidents de torsion.
1/2 tour		Myome sessile. Stase sanguine de la tumeur.			?
	G. à D.	Fibr. gros d'une tête d'adulte		Mort par péritonite	
1/2 tour		Fibrome pédicule de face post. Myome lymphangiectasique.		Guérison	
Torsion très forte		Tumeur volumineuse. Vaisseaux dilatés et rompus.	Péritonite.	Mort de péritonite	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
10	**Siebers**	58	?	*Hysterom. 15. 5.*	Hystérectomie sup. vag.
11	**Küstner** 1890	42	0	Fibrome mobile du fond.	Hystérectomie péd. ext.
12	**Timmers** 1891	48	Vierge	Kyste de l'ovaire tordu *Hystérom. 5, 5.*	Hystérectomie sup. vag.
13	**Pick**	56	?	Kyste de l'ovaire	Abstention
14	**Homans**	52		Pneumonie	Abstention
15	**Imbert** 1842	40	II		Hystérectomie sup. vag.
16	**Iwitalski**	35		Torsion pédiculaire	Hystérectomie
17	**Von Holst** 1893		III	Torsion d'un kyste *Hystérom. 6.*	Myomectomie
18	**Hedren**				Myomectomie
19	**Riddle Goffe**	45	?	?	Hystérectomie subtotale
20	**Lennau-der**	?	?	?	Myomectomie

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractère de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors d'une intervention
180°			Adhér. intestin. et mésentère.	Mort péritonite	
180°	G. à D.			Guérison.	
180°	G. à D.	Myome interstitiel. Gyrené. Pas de cavité cervicale.		Guérison.	
4 fois 180°	G. à D.	Infiltration sanguine des annexes	Adhér. intestinales.		Mort subite à son entrée.
1 tour		Myome du fond. 6 liv. Pas de commun. entre ces col et corps.			Morte de pneumonie.
90°	G. à D.	Myome vol. tête d'adulte. Ovaire D. Kystique.		Guérison.	
	D. à G.	Myome grosseur tête d'adulte. Gyrené.	Adhérences. Paroi intest. épiploon.	Mort de péritonite	
120°	*D. à G.*	Fibrôme gros. tête d'enfant.	Ascite sanguinolante.	Guérison.	
		Torsion déterminée par fibrôme pédiculé.		?	
180°	G. à D.	Myome interst. du fond.	Adhér. à vessie.	Guérison	
		Torsion par fibrôme pédiculé.		?	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
21	**Demantké** 1847	38	II	*Hystérom. 16 cm.*	Hystér. sup.-vag.
22	**Meredith**	35	?	?	?
23	**Meredith**	46	?	*Hystérom. 2,5*	Hystérect.sup -vag.
24	**Kustner**			a observé un nouveau cas depuis 1840.	
25	**Lannelongue** et **Vitrac** 1896	45	?	*Hystérom. 6 cm.* Kyste ou fibrôme.	Hystérectomie partielle.
26	**Bantock**	36		?	Hystérectomie totale.
27	**Douglas**	?	?		
28	**Lannelongue**	?	?	?	?
29	**Toth**	52	?	Fibrôme kystique.	Hystérectomie.
30	**Schultze** 1894	27	?	?	Myomectomie.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors d'une interv.
	G. à D.			Guérison.	
1/2 tour	G. à D.	Fibrôme pédiculé face post. pas d'occlusion du canal cervical.		?	
90°	G. à D.	Fibrôme 15 livres dégénéré. Hématométrie Canal cerv. oblitéré.			
				?	
1/2 tour	G. à D.	Tumeur 5-300. Necrobiose. Pédicule formé par une partie du corps utérin étiré.		Guérison.	
	D. à G.	Fibrôme pédiculé. *Double torsion péd. et ut.*		Guérison.	
		Torsion double, Péd. et utérus.			
		Torsion double, Péd. et ut.			
180°		Fibrôme du fond	800 gr. d'ascite. Adhérences épiploon et intestin.	Guérison.	
180°		Fib. interstitiel du fond.		Guérison.	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
31	**Schultze** 1897	58	?	Tumeur ferme lisse fluctuation peu nette.	Hystérect.sup.-vag.
32	**Polak**	50	?	*Hystérom. 8cm.*	Lapar. Doyen.
33	**Polak**	47		*On sent à gauche de la tumeur un pédicule tordu gros comme le doigt.*	Hystérect.sup.-vag.
34	**Frommel**	32		Tumeur pédiculée du fond de l'utér.	Schrœder.
35	**Frommel**	40		Tumeur fluctuante pédiculée au niveau de corne droite	Schrœder.
36	**Kelly**			Figure représentée dans son traité.	Hystérectomie.
37	**Kreutz-mann**	36		Kyste de l'ovaire.	Hystérectomie.
38	**Smith**	36		*Hystér. 5 c/m.*	Hystérectomie.
39	**Johan-nowski**	35		Rétention d'urine. Utérus retrofléchi avec fibrôme antérr.	Hystérect.sup.-vag.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de toute intervention
2 tours	*D. à G.*	Fibrôme sphacélé. Les annexes ont suivi et se retrouv. en place		Guérison	
2 tours1/2	G. à D	Fibrôme du corps.	Ascite. Adh. épipl.	Guérison	
180°	G. à D.	Fibrôme 3100.	Ascite hémorrag. Adhérences intestin et épiploon	Guérison	
180°	G. à D.	Myome de partie gauche du fond.	Ascite légère	Guérison	
90°	D. à G.	*Tumeur kystique 30 litres sang.* Myome du fond.	Adhérences épiploïques.	Guérison	
	G. à D.			Guérison	
		Fibrôme utérin et kyste de l'ovaire, torsion de l'utérus.		Guérison	
Amputat. de l'utérus.		Fibrôme du fond		Guérison	
90°	G. à D.	Myome de la portion cervic.	Vessie adhér.	?	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
40	**Johannowski**	54		Tumeurs utérines	Hystérectomie
41	**Johannowski**	51		Myome interstitiel	Hystérectomie
42	**Ilolowko**	30	II	Torsion de tumeur ovarique.	Hystérectomie susvaginale.
43	**Micholitch**	58		Etranglement intestinal.	Hystérectomie.
44	**Bland Sutton**	55		Fibrôme	Hystérectomie.
45	**Ehreudorfer**	36		Accidents urinaires par tumeur pelvienne.	

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
90°	G. à D.	Fibr. péd. de face postérieure. *Torsion double péd. et ut.*		Guérison.	
plusieurs tours		Pédicule utérin 6e pas de cavité cervicale.		Guérison.	
360°	D. à G.	Tumeur 5000 larg. pédiculée sur le fond Creusée de cavités	Adhérences épiploon et côlon transverse	Guérison entravée par pneumon.	
1 tour 1/2	G. à D.	Myome du fond au voisinage de corne droite. Grosseur tête d'adulte. Nécrosé et en partie calcifié. Cavité cervicale disparue.		?	
1/2 tour	D. à G.			?	
180°		Tumeur de la face antérieure près de l'angle gauche.	Adhérences intestinales.	Guérison.	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
46	**Catalani**			(5e Congrès de la Société italienne d'obstétrique et de gynécologie 1899).	
47	**Wertheim**	58		Tumeur pelvienne.	Hystérectomie.
48	**Sonnenfeld**	48		Fibrôme.	Myomectomie.
49	**Ricard**				Hystérectomie.
50	**Semmeling**	70			Hystérectomie.
51	**Semmeling** 1900	40		Torsion de pédicule de myome (probable) ou de kyste.	Hystérectomie.
52	**Faure** 1903	39		Kyste multiloculaire végétant de l'ovaire.	Hystérectomie subtotale.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat non opératoire
		Rotation axiale d'utérus fibromateux.		?	
3 fois 180° *Utérus presque sectionné.*	G. à D.	Tumeur à pédicule court et épais, implanté sur le fond près de la corne droite.	Ascite légère.		
180°	G. à D.	Fibrôme largement pédiculé au côté gauche.		Guérison	
Section presque complète.				Guérison	
180°	G à D.	Fibrôme 2000.		Guérison	
3 fois 180°	G. à D.			Guérison	
1 tour *Double torsion.*	G. à D.	Fibrôme 1100 gr. Reniforme. Pédicule court épais *lég. tordu*, implanté sur corne gauche.	Epiploon. adhér.	Guérison	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
53	**Quénu** 1901	34	I	Fibrôme utérin.	Hystérect. sup. vag.
54	**Weinberg**				Myomectomie.
55	**Stratz**	57		Kyste ovarique ou fibrôme.	Hystérectomie subtotale.
56	**Munde**				Myomectomie.
57	**Josselin de Jong**	57	0	Torsion de tumeur.	Laparotomie. ?
58	**Micheli**	?		?	Hystérectomie.
59	**Micheli**				Myomectomie.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors d'intervention
?	?	??	?	Guérison.	
Très serré presque sectionné.		Torsion de l'axe de l'utérus par fib. péd.		Guérison.	
180°	*D. à G.*	Myome pédiculé du fond hémato-salpinx.	Ascite hémorragique.	Guérison.	
180°	G. à D.	Utérus tordu par gros fibrôme du fond.		Guérison.	
180°		Fibrôme pédiculé, épanchements hémorragiques dans paroi utérine, ovaire et trompes.	Sérosité dans péritoine adhérences.	??	
90°	G. à D.	Myome.	?	Mort d'hémorragie une ligature de pédicule ayant dérapé.	
		Torsion de l'utérus.		Guérison.	

N°	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
60	**Goullioud**	62		Occlusion intest.	Hystérectomie.
61	**Schou**	?			Hystérectomie.
62	**Schwartz** et **Ferry**	49		Fibrôme.	Myomectomie.
63	**Britze**	48	0		Hystérectomie.
64	**Clément**	59		Torsion d'un kyste.	Hystérectomie subtotale.
65	**Richelot** et **Daniel**	33		Fibrôme douloureux.	Hystérectomie totale.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
		Torsion de l'utérus par fibr.		Guérison	
Rupture très proche du pédicule utérin.		Fibrôme pédiculé de l'utérus.		Guérison	
Péd. fib. ut. 1 tour 1/2. Péd. ut. 1/2 tour.	G. à D.	*Double torsion. Péd. fibr. utérin. Péd. utérin.*	Ascite. Adhérences à l'épiploon et au colon pelvien.	Guérison	
90°	G. à D.	Myome de paroi antérieure de l'utérus.	Epanchem. dans le Douglas.	Guérison	
Péd. fib. ut. 1 tour. Péd. utér. 2 tours.	G. à D.	*Double torsion.* Dégénérescence du fibrôme.		Guérison	
360°	G. à D.			Guérison	

No	Auteur	Age	Parité	Diagnostic porté	Conduite tenue
66	**Richelot et Girod**	44		Fibrôme douloureux	Hystérectomie totale
67	**Richelot**	38		id.	Hystérectomie sup.-vag.
68	**Pozzi**				Hystérectomie
69	**Pozzi**				Hystérectomie
70	**Mendès de Léon**	?	?	?	?

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caracères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat opératoire	Résultat en dehors de l'interv.
120°	G. à D.			Guérison.	
90°	G. à D.	Fibrôme multilobé dont partie droite incluse dans le ligament large.		Guérison.	
Torsion double. Péd fib. ut. Péd. ut.		Pédicule tordu ayant entraîné la torsion de l'utérus.		Guérison.	
180° *Torsion double.*	G. à D.	Fibrôme volumineux à lobes multiples dont un s'est tordu entraînant l'utérus.		Guérison.	
		Fibrôme du fond et plongeant dans le Douglas. Utérus tordu, adénomyome du col.		?	

TABLEAU N° 3

Torsion des pédicules fibro utérins au cours de la Grossesse

N°	Auteur	Age	Parité	Age de la grossesse	Diagnostic porté	Conduite tenue
1	**Cappie**	?	?	4e mois.	Grossesse et tumeur avec péritonite.	Avortement provoqué, mort quelques heures après.
2	**Maygrier**	30	I	7e mois.	Appendicite.	Myomectomie le 3e jour.
3	**Routier**	26	I	6e mois.	Kyste de l'ovaire.	Myomectomie le 6e jour.
4	**Ribemont, Dessaignes et Grosse**	32	I	4e mois.	Kyste de l'ovaire tordu ou fibrôme tordu.	Myomectomie le 4e jour.
5	**David**	26	I	3e mois.	Kyste ovarique à pédicule tordu.	Myomectomie le 10e jour.
6	**Lepage et Marchotte**	28	I	3e et 4e mois.	*Fibrôme à pédicule tordu.*	Myomectomie le 5e jour.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et organes voisins	Résultat pour la mère	Résultat pour la grossesse
1 tour 1/2	G. à D.	Pédicule grosseur du petit doigt, implanté Corne D.	?	Mort.	Interrompue 4e mois.
	G. à D.	Fibrôme volume orange presque sessile sur bord droit.		Guérison.	Acc^{t} à 8 mois 1/2. Enfant vivant.
	G. à D.	Fibrôme 3.350. Pédiculé sur segment sup. droit.		Mort embolie le 7e jour.	Avortement q.q. heures avant l'embolie.
Légère 90°	G. à D.	Pédicule diamètre 2c, implanté sur partie postérieure lat. gauche de l'utérus au-dessus en arrière de la trompe. Poids du fibr. 510 gr.		Guérison.	Acc^{t} à terme. Enfant vivant.
1 tour	G. à D.	Pédicule grosseur du petit doigt, longueur 2 cent. Fibrôme grosseur de 3 poings.		Guérison.	La grossesse évoluait normalement un mois après l'opération.
Légère	G. à D.	Pédicule sur corne droite. Large et court. Fibrôme volume du poing.		Guérison.	Acc^{t} à terme. Enfant vivant.

N°	Auteur	Age	Parité	Age de la grossesse	Diagnostic porté	Conduite tenue
7	**Throstorn** 1892	34	?	5e mois	?	Myomectomie.
8	**Duguet et Varnier** 1877	37	?	5e mois	Tumeur fibreuse avec grossesse. Péritonite. Avortement.	La malade meurt des suites de son avortement.
9	**Brothers**	26		2e mois	Torsion d'une grosse tumeur.	Myomectomie de plusieurs fibrômes.
10	**Malherbe et Grosse**	38	II	7e mois	*Torsion de fibrôme*	Myomectomie.
11	**Bérard**	46		3e mois	La malade entre pour un avortement.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale.
12	**Kleinhaus**	?	?	?	?	?

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat pour la mère	Résultat pour la grossesse
?	?	Fibrôme à pédicule tordu de l'utérus.	Péritonite exsudative	?	?
?	?	Fibrôme 4 kgs. Pédicule tordu. Dégénérescence purulente.	Adhérence au foie.	Mort.	Mort.
?	?	Fibrôme à pédicule tordu. 4 autres fibromes.		Guérison.	?
?	G. à D	Fibrôme grosseur d'une mandarine. Inséré face antér. par pédicule tordu court et épais		Guérison.	Acc^{t} à terme. Enfant vivant 3 310.
?	?	Gros fibrôme tordu en voie de nécrobiose. Plusieurs autres fibrômes interstitiels.		Guérison,	Avortement spontané avant l'opér.
		Torsion de l'utérus au cours de la grossesse par fibrôme.		?	

TABLEAU N° 4

Torsion des pédicules utérins (torsion axiale) au cours de la Grossesse

N°	Auteur	Age	Parité	Age de la grossesse	Diagnostic porté	Conduite tenue
1	**Labbé**	?	?	?	?	Trouvaille d'autopsie.
2	**Piccini**	?	?	4 mois	*Torsion pédiculaire subite d'un fibrôme au cours de la grossesse.*	Hystérectomie
3	**Bourcart**	21	I	5e mois	Grossesse avec Kyste de l'ovaire. La malade fait un avortement spontané.	Myomectomie 15 jours après l'avortement
4	**Ludwig**	41		4e mois	?	Hystérectomie totale.
5	**Reinprecht**	40	I	8e mois	Grossesse dans utérus fibromateux.	*Césarienne au 8e mois* suivie d'*Hystérectomie totale.*
6	**Thorn**			4e mois	Torsion du pédicule d'une tumeur de l'ovaire.	Myomectomie

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat pour la mère	Résultat pour la grossesse
	G. à D.	Fibrôme tordu ayant déterminé une torsion de l'utérus. — Grossesse.	Péritonite. Volumineux kyste du rein	Mort de péritonite.	Mort.
1 tour	G. à D.	?	?	?	Mort.
90°	*D. à G.*	Myome du fond.		Guérison.	Avortement avant l'intervention.
180°	?	Myome du fond. Grosseur d'une tête d'adulte.		Guérison.	Mort.
90°	*D. à G.*	?	?	Guérison.	Enfant vivant.
180°		Myome sous-séreux de la paroi antérieure de l'utérus.		Guérison.	Grossesse continue. Accᵗ avant terme. Enfant mort.

N°	Auteur	Age	Parité	Age de la grossesse	Diagnostic porté	Conduite tenue
7	**Dickinson**	37		8e mois	Kyste de l'ovaire et grossesse.	1° Version pour terminer l'accouchement. 2° Laparotomie hystérect.
8	**Lepage** et **Mouchotte**	28		4e mois	Torsion de tumeur.	Myomectomie.
9	**Ivanoff**	24	I	3e mois	Torsion d'un kyste de l'ov.	Hystérectomie totale.
10	**Speath**	?	?	?	?	Myomectomie.
11	**Chrobak**	?	?	?	?	?
12	**Bas** et **Von Herff**	33	II	4e mois	Avortement de 4 mois et torsion d'un myome.	Hystérectomie subtotale.
13	**Thoms**	?	?	?	?	Myomectomie.

Degré de la torsion	Sens de la torsion	Caractères de la tumeur	Péritoine et viscères voisins	Résultat pour la mère	Résultat pour la grossesse
1/2 tour	G. à D.			Guérison.	Enfant meurt 1 h. après la naiss.
1/2 tour	G. à D.	Myome corne droite largt. pédiculé.		Guérison.	Grossesse va à terme. Enfant vivt. 3.000.
180°	*G. à D.*	Fibrôme 7 kgs.		Mort Infection.	Mort.
?	?	Torsion axiale.		Guérison	?
		Torsion utérus gravide par un myome dans un petit bassin.		?	?
180°	G. à D.	Tumeur de l'angle gauche.		Guérison.	Avortement avant l'opération.
		Torsion déterminée par fibrôme sous-séreux et interstitiel.		Guérison.	?

CONCLUSIONS

I. — Il existe deux variétés de tumeurs fibreuses pouvant subir la torsion.

1° Les fibromes sous-séreux à pédicule fibro-utérin ;

2° Les fibromes interstitiels qui étirent l'utérus et se constituent un véritable pédicule utérin.

II. — La fréquence de la torsion pour chacune de ces variétés est sensiblement la même.

III. — Les causes de la torsion sont obscures : elles agissent soit comme causes prédisposantes, soit comme causes déterminantes.

IV. — Les causes qui prédisposent les fibromes à pédicule fibro-utérin à la torsion sont principalement :

1° La longueur et la minceur du pédicule ;

2° L'insertion latérale du pédicule sur l'utérus ;

3° Le gros volume du fibrome ;

4° La forme ovoïde ou réniforme de la tumeur ;

5° L'insertion non centrale du pédicule sur la tumeur.

V. — La grossesse agit comme cause prédisposante et non comme cause déterminante.

VI. — Les causes déterminantes sont mal connues. On en a invoqué de nombreuses parmi lesquelles trois semblent à retenir.

Les causes mécaniques ;

Les mouvements de l'S iliaque ;

L'accroissement rapide ou inégal du fibrome.

VII. — La torsion de l'utérus peut être produite soit par un fibrome sessile, soit par un fibrome pédiculé, dont le pédicule a subi lui-même un mouvement de torsion.

Ces torsions utérines reconnaissent les mêmes causes que les torsions pédiculaires.

VIII. — La torsion se fait ordinairement de gauche à droite.

Son degré est variable. Le plus souvent, la torsion est de 180°.

IX. — La torsion du pédicule peut aboutir :

Soit à la rupture du pédicule ;

Soit à des transformations de la tumeur.

X. — La torsion agit surtout sur les veines du pédicule dont elle produit la thrombose.

XI. — Les lésions du fibrome sont en proportion, non pas du nombre de tours subis par le pédicule, mais de l'intensité de la torsion.

XII. — Les lésions du fibrome, au début, sont surtout des lésions d'œdème, puis d'infiltration sanguine par rupture des petits vaisseaux.

Ces lésions se produisent d'abord et de préférence à la périphérie du fibrome et dans la portion de la tumeur éloignée du pédicule.

Elles sont dues à l'arrêt de la circulation veineuse.

XIII. — Les troubles apportés par la torsion dans la circulation artérielle peuvent produire diverses altérations qui aboutissent :

Soit : 1° A la transformation fibreuse et calcaire du myome ;

Soit : 2° A la nécrose de la tumeur.

XIV. — Des lésions annexielles coexistent fréquemment avec la torsion du fibrome.

XV. — Au cours de son mouvement de torsion, le fibro-

me peut amener des troubles de compression des viscères abdominaux.

XVI. — Le plus souvent, le fibrome tordu a contracté des adhérences nombreuses avec les organes voisins.

XVII. — La torsion de l'utérus (pédicule utérin) se fait en général de gauche à droite et atteint en moyenne 180°.

XVIII. — La torsion de l'utérus se fait presque toujours au niveau de l'isthme étiré ou de la portion sus-vaginale du col.

XIX. — La torsion du pédicule utérin produit les mêmes lésions du fibrome que la torsion du pédicule fibro-utérin.

XX. — L'utérus, au niveau du point de torsion, peut être extrêmement aminci et peut même se rompre ; assez souvent on observera l'oblitération du canal cervical.

XXI. — Cliniquement, la torsion se présente sous trois formes :

1° Torsion aiguë ;
2° Torsion lente ;
3° Torsion à poussées successives.

XXII. — Il existe une forme spéciale : forme insidieuse, qui, après un début dramatique, semble s'atténuer, mais aboutit peu à peu à la péritonite généralisée.

XXIII. — La torsion peut se produire au cours de la grossesse, et porter soit sur un pédicule fibro-utérin, soit sur un pédicule utérin.

XXIV. — Le diagnostic de la torsion est impossible dans les formes aiguës, si l'on n'a pas la notion antérieure de l'existence d'un fibrome.

XXV. — Le diagnostic entre la torsion pédiculaire et la torsion axiale est le plus souvent impossible, même avec l'hystérométrie.

XXVI. — Le pronostic de la torsion est très réservé, si on laisse la lésion évoluer sans intervenir.

Le pronostic opératoire est des plus encourageants, lorsque l'intervention est pratiquée en temps opportun.

XXVII. — Lorsque la torsion porte sur un utérus gravide, le pronostic opératoire n'est pas plus grave.

XXVIII. — Le traitement chirurgical s'impose.

L'intervention devra être pratiquée rapidement.

XXIX. L'intervention consistera soit en une simple myomectomie, si la lésion le permet, soit en une hystérectomie dans le cas contraire.

XXX. — La grossesse, loin d'être une contre-indication opératoire, constitue, au contraire, une indication impérieuse et formelle à l'acte chirurgical.

Dans ce cas particulier, l'intervention sera aussi simple que possible, pour permettre à la grossesse de continuer son évolution.

Dans certains cas particuliers, la césarienne est indiquée.

Vu : *Le Président de Thèse :*
P. BAR.

Vu : *Le Doyen*,
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Amann. — (*Monatschrift fur Geb. und Gyn.* 1901).
Aspell. — (*Amer. Gyn. and Obst. Journ.* 1899. Vol. XV, p. 180).
Bas. — (*Thèse d'Iéna.* 1906).
Bantock. — (*Brit. méd. Journ.* T. XI, page 305).
Berniolle. — (*Thèse de Paris*, 1906).
Berard. — (*Lyon médical.* 1908, p. 374).
Bernard. — (*Thèse de Bordeaux.* 1903).
Bland Sutton. — (*Trans. of the Obst. Soc. of London.* XLI. 1899, p. 296).
Bourcart. — (*Annales de Gynécologie.* Septembre 1894).
Boursier. — (*Congrès de chirurgie.* 1905).
Briggs. — (*Brit. Méd. Journ.* 1902).
Britze. — (*Inaug. dissert.* Iéna, 1905.
Brothers. — (*Ann. of Gyn.* 1905).
Cappie. — (*Edimb. Méd. Journ.* 1874-75).
Catalani. — (*Atti di Soc. ital. di Ost. e Gyn.* VII, 1899, p. 160).
Chrobak. — (*Wien. Klin. Wocheusch.* 1899, p. 784).
Clément. — (*Revue méd. de la Suisse Rom.* 20 février 1906).
Courty. — Traité des maladies de l'utérus.
David. — (*Société anat.* 1905). (*Semaine Gynécol.* mars 1906).
Delaunay et **Pilliet**. — (*Société anatomique de Paris.* 1896).
Demantké. — (*Th. de Paris.* 1897).
Dickinson. — (*Broocklyn. méd. Journ.* Mars 1904, p. 183).
Douglas in Ferroni.
Duguet et Varnier. — (*Ann. de Gyn. et Obst.* 1887).
Duhrssen. — (*Stieldrehung Zentzeblatt zur Gyn.* 1894).
Dull. — (*Thèse Erlangen.* 1872).
Ehrendorfer. — (*Monats f. Geb. und Gyn.* 1899. T. IX, p. 391).
Faure. — (*Société de Chirurgie.* 1903).
Braun von Fernwald. Beitrage zur Lehre der Laparotomien, 1890.
Ferrand in Bernard.
Ersilio Ferroni. — (*Annali di ost. e Gin.* XXI, 1899, p. 342).

Frigyesi. — (*Zentralblatt fur Gyn.* 1905. nº 16, p. 502).
Fritsch. — (In thèse Gunther).
Frommel. — Ueber Achsendrehung des uterus durch. Geschwiilste. (*Centr. f. Gyn.* 1898, p. 577).
Gambrie in Courty.
Gayet et Adler. — (*Lyon médical.* 1907, p. 272).
Gift. — (*Inaugural dissert.* Munchen. 1902).
Girod. — (*Thèse de Paris.* 1908).
Goffe. — (*Amer. Journ. of Obst.* 1895. T. XXI, p. 93).
Goullioud. — (*Lyon médical.* 1904).
Gunther. — (*Thèse d'Iéna.* 1893).
Hedren. — (*Zentralbt. f. Gyn.* 1895. p. 997).
Heurteaux. — (*Gazette médicale de Nantes.* 1893).
Hofmeier. — Die myomotomie. (*Stuttgart.* 1884, p. 37).
Holowko. — (*Centralbl. f. Gyn.* 1899, p. 279).
Holst. — (*Centralbl. f. Gyn.* 1894, p. 697).
Homans. — (*Amer. Journ. of Obst.* 1892. T. XXV, p. 839).
Imbert et **Tédenat.** — (*Montpellier médical,* 1892).
Van Iterson. — *In Th. Gunther.*
Ivanoff. — (*Ann. de Gynécologie.* 1907).
Johannowsky. — (*Monatschr f. Geb. und Gynæc.* 1890. T. VIII).
Josselin de Joug. — (*Centralbl. f. Gyn.* 1905).
Kelly. — (*Operatione Gynecology.* T. II, p. 384).
Kœberlé. — (*Manuel de l'Ovariotomie.* 1873).
Kreutzmann. — (*Centralb. f. Gyn.* 1898, p. 873).
Kustner. — (*Centralbl. fur Gyn.* 1890, p. 785).
Kustner. — (*Veit's Handbusch des Gynæc.* 1 p. 108. 1897).
Labbé. — Leçons de clinique chirurgicale. 1876.
Lamarre. — (*Bull. Soc. Anat.* 1883).
Lannelongue. — (*Journal de Médecine de Bordeaux.* 1896).
Lannelongue et **Vitrac.** — (*Semaine Gynéc.* 19 avril 1898).
Lauwers. — (*Brit. Gyn. Journ.* Février 1904).
Lejonne et Milanoff. — (*Soc. Anat.* Février 1900).
Lennander. — (*Zentralbl. f. Gyn.* 1895. p. 159).
Lepage et Mouchotte. — (*Ann. de Gyn. et d'Obst.* Février 1906).
Ludwig. — (*Cent. f. Gyn.* 1899).
Luys. — (*Soc. anat.* 1898).
Macé. — (*Thèse de Paris.* 1897).
Malherbe et Grosse. — In thèse Blanchard.
Martin. — (*Normandie médicale.* 1897).
Martin Christoffer. — (*Midland Méd. Soc.* Février 1901).
Maygrier. — (*Société d'Obstétrique de Paris.* 1901).
Meredith. — (*Trans. Soc. Obst. London.* 1897, p. 442. 1888, p. 80).

Micheli. — (*Mon. f. Geb. und Gyn.* XI. 1900. p. 515).
Micholitsch. — (*Zeitschrift f. Geb. und Gynæc.* 1899).
Munde. — (*Amer. Journ. of obst.* 1901).
Olshausen. — Traité de Gyn. de Veit.
Pellanda. — La mort par Fibromyomes utérins. 1905.
Peterson. — (*Amér. Journ. of Obstetr. Juillet* 1905).
Piccini. — (*Ann. di Ost. et Gin.* 1892, p. 132).
Pick. — (*Prager med. Wochenschr.* 1891, p. 219).
Planque. — (*Thèse de Paris.* 1897).
Polak. — (*Clin. Rundschau* XII. 1898, p. 685).
Pollosson et **Durand.** — (*Société de Chirurgie de Lyon.* 1902).
Pozzi. — *Revue de Gynécologie* et Traité de Gynécologie.
Quenu. — (*Société de Chirurgie.* 1905).
Reinprecht. — (*Wiener Klinisch Wocheus.* 1899, p. 784).
Ribemont-Dessaignes et **Grosse.** — (*C. R. de la Soc. d'Obst., Gyn.* et *péd.* 14 mars 1904).
Ricard. — (*Société de Chirurgie.* 1902).
Richelot. — In Girod.
Rosthorn Kleinhaus. — (*Praq. Méd. Wochenschr.* 1894).
Routier. — (*Annales de Gynécologie.* 1890, p. 161).
Schou. — (*Monatsch. f. Geb. und Gyn.* 1905, p. 707).
Schrœder. — (*Krankh. der Weibl. Geschl. Organen.* 1886, p. 228).
Schultze. — (*Zeitschrift fur Geb. und Gynæc.* 1898, t. XXXVIII, p. 157).
Schutzenberger. — (*Gazette Médicale de Strasbourg.* 1874).
Schwartz. — (*Société d'obst.* 1900).
Schwartz et **Ferry.** — (*Soc. Anat.* 1904, p. 416).
Schwartz et **Mermet.** — (*Société Anatomique de Paris.* Juin-Décembre 1896).
Senmeling. — (*Beitrage zur Geb. und Gynaek.* 1901, t. V, p. 352).
Skutch. — (*Centrabl. fur Gyn.* 1887, p. 651).
Smith. — (*Dublin Med. Journ.* 1898, p. 350).
Sonnenfeld. — (*Thèse de Breslau,* 1900).
Speath. — (*Deutsche Méd. Woch.* 1908, nº 10).
Steinbuckel. — (*Weiner Klinische Wochenschrift.* 1905).
Sterson. — In Pellanda, p. 213.
Stratz. — (*Zeitschrift f. Geb. und Gynæc.* 1902, t. XLVIII, p. 430).
Switalsky. — (*Monatschrift f. Geb. und Gyn.* T. XI, p. 543).
Terrillon. — (*Société de Chirurgie.* 1888).
Thoms. — (*Monatsch. f. Geb. und Gyn.* XII, p. 775).
Thorn. — (*Société Méd. de Magdebourg.* 1900).
Throstorn. — (*Mercredi Médical,* p. 156. 1892).
Times. — (*Transact. of the London Obst. Soc.* 1861).

Timmers. — Torsie von den uterus door titromyomen. (*Inaug. dissert.* Leiden, 1891).
Toth. — (*Centralbl. f. Gyn.* 1898. N° 7, p. 84).
Tuffier. — (*Bull. Soc. Chir.* 1898).
James Tyson. — (*Philadelphia Med. Times.* 1874).
Vallas. — In Pellanda, p. 215.
Veit. — Traité de Gynécologie.
Vercoutre. — (*Recueils de Mémoires de Médecine de Chirurgie et de pharmacie militaire.* T. XXXV. 1879).
Villard. — *In Pellanda*, p. 214.
Vincent. — In Pellanda, p. 216.
Virchow. — Die Krankraiten Geschwülshe. 1863. T. 3, p. 161.
Walther et **Bouisson.** — (*In th. Planque*).
Walther et **Guillot.** — (*Soc. Anat.* Octobre 1898).
Weinberg. — (*Inaug. dissert.* Leipzig, 1904).
Wertheim. — (*Jahresb. D. Wien K. K. Krausk.* VII. 1901, p. 343).
Wiart et **Darré.** — (*Soc. Anat.* 1902).
Wilson. — (*Trans. of obst. Soc. London*, 1897).
Winter. — (*Centrabl. f. Gyn.* 1899, p. 1190).

Imprimerie spéciale de la Librairie H. Chacornac et M. Doutaut, 9, rue de l'Eperon, Paris.

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE